

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 3, número 4, noviembre 2002

Editorial

- 225 Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la atención familiar y en el programa de atención domiciliaria.
228 La medicina de familia como área de conocimiento.

El espacio del usuario

- 230 El paciente como usuario de la sanidad. Derechos y deberes.

Originales

- 233 Publicaciones de los Centros de Salud Andaluces en MEDLINE.
239 Tratamiento con acupuntura del dolor crónico benigno.
245 ¿Estamos quemados en Atención Primaria?
251 Situación actual de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en los presos de la cárcel de Albolote. Granada.
255 Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno.

Artículo de revisión

- 262 La familia en la enfermedad terminal (II).

Artículo especial

- 269 Evolución del consumo de alimentos en España.
274 Intervención para reducción de eventos finales en hipertensión con LOSARTAN. Estudio LIFE.

Área docente

- 277 ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada. Y III. Montaje y desarrollo de una ECOE.

282 Cartas al director

285 Publicaciones de Interés

291 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

- 292 Paciente con cefalea pulsátil.



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 225 Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la atención familiar y en el programa de atención domiciliaria.
- 228 La medicina de familia como área de conocimiento.

El espacio del usuario

- 230 El paciente como usuario de la sanidad. Derechos y deberes.

Originales

- 233 Publicaciones de los Centros de Salud Andaluces en MEDLINE.
- 239 Tratamiento con acupuntura del dolor crónico benigno.
- 245 ¿Estamos quemados en Atención Primaria?
- 251 Situación actual de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana en los presos de la cárcel de Albolote. Granada.
- 255 Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno.

Artículo de revisión

- 262 La familia en la enfermedad terminal (II).

Artículo especial

- 269 Evolución del consumo de alimentos en España.
- 274 Intervención para reducción de eventos finales en hipertensión con LOSARTAN. Estudio LIFE.

Área docente

- 277 ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada. Y III. Montaje y desarrollo de una ECOE.

282 Cartas al director

285 Publicaciones de Interés

291 Actividades Científicas

¿Cuál es su diagnóstico?

- 292 Paciente con cefalea pulsátil.
-



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 4, noviembre 2002

Contents

Editorial

- 225 A New Strategy for Providing Care to the Elderly Based on Family Care and a Program for Home Assistance.
- 228 Family Medicine as a Field of Knowledge.

The consumer's corner

- 230 The Patient as Health Care Consumer: Rights and Responsibilities.

New Research Papers

- 233 Publications by Andalusian Health Centers Appearing in Medline.
- 239 Treating Benign Chronic Pain with Acupuncture.
- 245 Are Primary Care Professionals Burned Out?
- 251 Current Situation Regarding HIV Infection among Jail Prisoners in Albolote, Granada.
- 255 Knowledge and Attitudes about Sexuality among Adolescents in Our Setting.

Review Article

- 262 The Family and Terminal Illness (II).

Special Article

- 269 The Evolution of Food Consumption in Spain.
- 274 Intervention for reducing final events in high blood pressure whit LOSARTAN. LIFE study.

The Teaching Area

- 277 OSCE: Objective Structured Clinical Evaluation (Part III, Design and Development of an OSCE).

282 Letters to the Editor

285 Publications of Interest

291 Scientific Activities

Which is your diagnosis?

- 292 Patient with Pulsing Migraines.
-

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.*
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 Aranzabal. *Almería.*
M.^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *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 Lorenzo. *Almería.*

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

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.html>
<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

Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria

Espinosa Almedro JM ¹, de la Revilla Ahumada L ².

¹ *Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*, ² *Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia*.

La población de los países desarrollados ha sufrido en la última década una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas, esos cambios se deben, entre otras razones, al descenso de la natalidad y al aumento de las esperanzas de vida por disminución de la mortalidad ^{1,2}.

Gran parte de estas personas ancianas tiene problemas de salud que requieren atención médica y un porcentaje importante de ellas, tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria o sufren procesos motores, cognitivos o sensoriales que limitan su vida de relación y en muchas ocasiones los recluyen en su hogar ^{3,4,5}.

La situación de esta población anciana, imposibilitada o con dificultades para salir del hogar, requiere una respuesta organizativa capaz de dar una satisfacción a las complejas demandas de este grupo etario.

La sociedad está cada vez más sensibilizada ante este problema, por ello no es de extrañar que se alcen voces exigiendo a los poderes públicos soluciones sociales y sanitarias para los problemas de los mayores y que los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión) sensibles ante estas demandas se preocupen por la situación de los ancianos, especialmente por los que tienen algún déficit motor y cognitivo, que suponen una carga de trabajo insostenible para las familias.

Podemos tener una falsa impresión de que la solución del problema de los mayores, queda limitado a los aspectos sociales y en consecuencia requieren soluciones de instituciones gubernamentales o no gubernamentales del ámbito de los servicios sociales y que desde este campo se transfieran, en casos puntuales, a aquellos casos que necesitan de los servicios sanitarios.

Este planteamiento está alejado de la realidad, ya que un porcentaje muy alto de las personas mayores, tienen múltiples problemas de salud crónicos, que afectan en mayor o menor medida en sus actividades cotidianas.

Estamos ante un problema complejo, que es, a la par,

sanitario y social y que requiere un nuevo modelo de atención, capaz de aunar los aspectos que tiene que ver con la salud y con el contexto social

El programa de atención domiciliaria

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

La atención domiciliaria, es el espacio donde confluyen profesionales procedentes de distintos niveles sanitarios y de estamentos sociales no sanitarios. Esta proliferación de profesionales, instituciones y organizaciones, procedentes de los servicios sociales y sanitarios crea mucha confusión y no rentabilizan los recursos y los esfuerzos que esta actividad genera. Está claro que para resolver los problemas de la atención domiciliaria deberemos implementar modelos de organización, que faciliten la incorporación y colaboración de otras instituciones con responsabilidades en la gestión de este tipo actividades que permitan ofertar una atención a domicilio integrada de calidad ^{6,7}.

Creemos que la Atención Primaria está en buena disposición para abordar la atención domiciliaria ya que los profesionales de las Unidades de Atención Familiar (UAF), médico de familia, enfermero y trabajador social, pueden dar una mejor respuesta a los problemas de salud al ofrecer una atención longitudinal, integral e integrada ⁸.

Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el médico de familia y los restantes profesionales de atención primaria deberán asumir el reto de una atención integral, individual y familiar,

dirigida a las personas mayores que sufren enfermedades crónicas, están inmovilizados o se encuentran en situación terminal. Para poder afrontar con éxito esta nueva labor, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales.

La atención familiar: la estrategia del cambio

Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación de los procesos crónicos de las personas mayores con su entorno social y familiar.

Para poder trabajar con familias necesitamos un plan que permita entender los fenómenos que se producen en las familias y su entorno social y de que manera afectan a cada uno de sus miembros y al conjunto del sistema.

Existen, como pusieron de manifiesto Steinglass y Horan⁹ distintos aspectos que relacionan la familia con la enfermedad crónica, entre los que destacamos los siguientes: que la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, efectos que actúan sobre la función y organización familiar; que a su vez la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico y que la familia es la fuente principal de recursos y apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Pensamos, al igual que Rolland¹⁰, Penn¹¹ y de la Revilla¹², que la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico y eco sistémico de la medicina, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros ancianos sufre una enfermedad crónica.

Desde esta nueva perspectiva de la atención domiciliaría centrada en la atención familiar, el abordaje de la enfermedad crónica en ancianos inmovilizados o discapacitados deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilita-

ción de la salud en las personas mayores, desde la triple perspectiva, individual, familiar y social, en el domicilio del paciente.

Consideramos que los profesionales, médico, enfermero y trabajador social, implicados en un programa de atención domiciliaria y atención familiar, deberán prepararse para realizar las siguientes actividades: diagnosticar del problema clínico, planificar actividades terapéuticas, los cuidados, la rehabilitación, etc; transferir lo clínico a lo psicosocial; estudiar el problema clínico y psicosocial en el contexto familiar, analizando las repercusiones de la enfermedad crónica del mayor sobre la familia y viceversa, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar; analizar la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal y las repercusiones sobre su salud, y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales; evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad; realizar el diagnóstico (hipótesis sistémica), decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.

Especial mención merece la detección, estudio y abordaje de las familias de riesgo, ya que requerirán estrategias globales de coordinación a nivel interprofesional e interinstitucional y a trabajar con enfoque de riesgo para establecer una adecuada intervención sociosanitaria, así como, para desarrollar políticas de transformación social, que prevenga y detenga estos procesos de deterioro¹³.

Hemos definido como familias de riesgo socio-sanitario aquellas familias que tienen una persona mayor con una enfermedad crónica, en la que por el tipo de problema de salud, la situación cronológica de la enfermedad, la importancia de la discapacidad, y de forma especial por la presencia de problemas en la función y organización de la familia o por la existencia de problemas socioeconómicos, requiere una intervención sanitaria, socio-sanitaria o social de emergencia. El descubrimiento de una familia de riesgo socio-sanitario, obligará a una reunión urgente de la UAF ampliada con el trabajador social, para evaluar el caso y decidir la intervención pertinente.

Precisamente para establecer el diagnóstico de familias de riesgo socio-sanitario hemos establecido distintos criterios e indicadores en relación con el paciente identificado, variables familiares y mapa relacional, cuidadora principal y red social, presentación de acontecimientos vitales estresantes recientes, existencia de barreras en el hogar y situación económica de la unidad familiar.

La visita domiciliaria, que es una actividad propia de la atención primaria, adquiere un enfoque nuevo cuando se utilizan los conceptos y técnicas de la atención familiar, y esto permite mejorar la calidad de la asistencia a los mayores inmovilizados o discapacitados.

Creemos que la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria está en una situación privilegiada para liderar esta nueva estrategia, la atención domiciliaria y la atención familiar, que coloque a los médicos de familia, a la cabeza de un proceso que permita resolver mejor los problemas clínicos y psicosociales de las personas mayores.

Bibliografía

1. IMSERSO. La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el periodo 1986-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1990.
2. Jiménez Herrero F. Bases demográficas de la geriatría. En: Jiménez Herrero F. Gerontología 1992. Madrid: Jarpyo; 1991.
3. Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López JL, Huidrobo L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994; 13: 188-190.
4. Hernando J, Iturrioz P, Toran P, Arratible I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1992; 9: 133-136.
5. Benítez Rosario MA, Hernández Estévez P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en Atención Primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria* 1994; 13: 8-14.
6. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
7. Espinosa Almedro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documento 15. Barcelona: semFYC; 2000.
8. De la Revilla L, De la Revilla Negro Q. El equipo (UAF) y el equipo ampliado en el estudio de los pacientes crónicos, inmovilizados y terminales. En: De la Revilla. Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.
9. Steinglass P, Horan M. Families and chronic medical illness. En: Walsh F, Anderson C. Chronic disorders and the family. Nueva York: Haworth; 1988.
10. Rolland JS. Families, illness and disability. Nueva York: Basic Books; 1994.
11. Penn P. Coalitions and binding interactions in families with chronic illness. *Fam Syst Med* 1992; 10: 550-553.
12. De la Revilla L. Guía para facilitar el abordaje familiar en la enfermedad crónica. En: De la Revilla L. Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol. II. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.
13. Ortiz Espinosa J. Familias de riesgo social. En: De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999.

EDITORIAL

La Medicina de Familia como área de conocimiento

Bonal Pitz PP¹.

¹ *Médico de Familia*

Los Médicos de Familia en Andalucía, desde la década de los 80, han tenido un especial protagonismo en el desarrollo de la Atención Primaria y en los profundos cambios habidos en la organización y el funcionamiento de los servicios de salud. Han participado de manera muy activa social y sanitariamente en la modernización de la Atención Primaria en España. Desde que se abrieron los primeros centros de salud en Andalucía, se incorporaron médicos de familia especialmente bien preparados para realizar las funciones clínico-asistenciales, así como las de tipo investigador y docente.

La SAMFyC ha potenciado, de manera plena, las actividades docentes en Atención Primaria. Así, sus esfuerzos en la formación continuada y la formación postgrado tienen un peso específico innegable en la formación y actualización de la competencia profesional de los médicos de familia en Andalucía. Sin embargo, la posibilidad de que los médicos de familia andaluces participaran en la formación pregrado no fue posible hasta el final de los años 80, y gracias al desarrollo de los conciertos entre universidades y servicios de salud, cuando la medicina de familia comenzó de manera casi experimental a realizar formación pregrado. Más de 20 años después la medicina de familia participa en las actividades docentes de la mayoría de las universidades españolas. Así, con constancia y esfuerzo, médicos de familia han compaginado la asistencia clínica con la docencia y la investigación, y han hecho habitual la presencia de médicos de familia en la universidad a través de tesis doctorales, rotaciones prácticas de los alumnos, seminarios, o más infrecuentemente asignaturas optativas u obligatorias. En la Comunidad Andaluza los médicos de familia participan de manera reglada y con profesores asociados en la docencia pregrado de las Facultades de Medicina de Córdoba, de Cádiz y de Sevilla, en esta última la Medicina de Familia es una asignatura obligatoria denominada «Medicina Familiar y Comunitaria» incluida en el Plan de Estudios del 1996. En esta Facultad este hecho le establece un per-

fil profesional específico a sus alumnos, pues todos los matriculados en 6.º curso conocerán contenidos, habilidades y actitudes de medicina de familia. En este punto, es de señalar la importancia que tienen las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria para la óptima realización de estas actividades, que en general aportan su estructura, recursos, profesores y centros de salud sin tener aún un reconocimiento explícito en los Conciertos entre la Universidad y el Servicio Andaluz de Salud.

Cada vez más frecuentemente aparecen noticias acerca de la relación que existe, o debería existir, entre la medicina de familia y la universidad. Los medios de comunicación que se dedican a informaciones médicas y más específicamente aquellas que lo hacen en el campo de la atención primaria y la medicina de familia reflejan esta situación. Actualmente la relación entre la universidad y la medicina de familia es de especial importancia por las consecuencias que se derivaran del «cómo» se consolide esta relación. Lo que actualmente está en juego es el papel que la medicina de familia debe jugar en la docencia e investigación de la universidad española. Por lo tanto, la pregunta que está en debate es: ¿la Medicina de Familia debe estar presente en igualdad, de derechos y deberes, con el resto de las disciplinas presentes en la universidad o debe continuar cumpliendo un papel complementario y de tipo secundario?

La respuesta es obvia, debe tener una presencia en igualdad que el resto de las disciplinas. Sólo esta presencia en el currículum pregrado permitirá aportar a los futuros médicos y como consecuencia a la sociedad en la que van a trabajar una serie de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la Medicina de Familia, imprescindibles para cualquier médico independientemente de su especialidad futura. Estamos hablando de adquirir la capacidad de realizar un enfoque biopsicosocial de los problemas de salud, de conocer la importancia de la familia en la génesis y el manejo de múltiples patologías, de te-

ner una actitud comprensiva y abierta con los pacientes y sus familias, de integrar la importancia de una buena comunicación médico-paciente, etc. No es necesario por menorizar, existen multitud de documentos y publicaciones con los mismos, las ventajas que para la sociedad, los servicios de salud y los alumnos de medicina tienen la presencia de asignaturas, profesores y departamentos de medicina de familia. En el resto de los países desarrollados de nuestro entorno así lo han entendido hace mucho tiempo, y así en ellos la presencia de departamentos de medicina de familia es la norma. Además, para los médicos de familia esto debe tener una importancia mayor ya que su presencia en la universidad con todos los derechos y obligaciones culminará el proceso de reconocimiento social, sanitario y científico de su especialidad. Para conseguir todo lo anteriormente expuesto, y estar presente en la universidad española en igualdad con el

resto de las disciplinas, se debe pasar obligatoriamente por ser reconocida e incorporada en el Catálogo de Áreas de Conocimiento. Este proceso culmina en su aprobación por el Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación y Ciencia en donde están presentes todos los Rectores de las Universidades españolas y los Consejeros de Educación de las Comunidades Autónomas.

Por ello, es necesario que todos los médicos de familia junto con sus sociedades científicas se sumen a este proyecto de solicitar al Consejo de Coordinación Universitaria que se realice el reconocimiento científico, docente y social de su profesión. Ello contribuiría a que se normalice la situación actual con el nivel académico de los médicos de familias de otros países y aportar un gran patrimonio docente e investigador a la sociedad española a través de su universidad.

EL ESPACIO DEL USUARIO

El paciente como usuario de la Sanidad. Derechos y deberes

Sánchez Legrán F¹.

¹ *Presidente de FACUA*

Hablar de la relación médico-enfermo y del carácter de usuario de un servicio sanitario, que tiene el ciudadano como paciente y por lo tanto del ejercicio de sus derechos y deberes, no siempre resulta fácil desde la perspectiva de una organización de consumidores como la nuestra.

Nuestro marco legal

La Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía, establecen un marco bastante adecuado y aceptable en lo referente a la regulación de los derechos y deberes de los usuarios de la sanidad, tanto en la pública como en la privada.

Asimismo podemos afirmar que los avances que se han ido produciendo en la mejora de la prestación sanitaria en Andalucía, son claramente manifiesto en todos los terrenos, pero a la vez los niveles de exigencia de los ciudadanos también han ido aumentando, y por ello se hace necesario que se siga mejorando permanentemente dicha prestación. Lo que hoy puede considerarse suficiente, mañana puede ya considerarse insatisfactorio.

Tenemos por tanto, un marco legal que protege los derechos de los usuarios y establece también sus obligaciones, y tenemos también unos servicios sanitarios que han ido aumentando en los niveles de calidad asistencial y en cantidad, de una forma clara en los últimos años.

Los derechos de los pacientes

Sin embargo y a pesar de estos avances innegables, la realidad nos indica que existen muchos problemas aún en torno a los servicios sanitarios o relacionados con la sanidad andaluza, aunque no creo que mayores que los que existan en otros lugares de España.

Los ciudadanos en cuanto usuarios de dichos servicios, tienen derecho a recibir una atención sanitaria integral en sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

Así recoge uno de los puntos de la «Carta de derechos y deberes del Paciente», en la que se recogen también otros importantes reconocimientos, *como el derecho a la no discriminación por causa alguna; a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso; a la información mas completa, continuada, verbal y escrita al enfermo y a sus familiares sobre el proceso de la enfermedad; a la participación en las Instituciones Sanitarias a través de sus representantes; a reclamar y a recibir respuestas de las mismas; a elegir médico y centros sanitarios; por citar algunos de ellos.*

Y muy posiblemente, la mayoría de los usuarios no tienen suficiente información sobre lo que representa ese derecho a recibir una atención sanitaria integral y por otro lado, tampoco tienen conocimiento sobre los recursos sanitarios disponibles, así como sobre el conjunto de sus derechos y tampoco de sus deberes.

A pesar de que está perfectamente recogido en la legislación vigente, el conjunto de esos derechos y deberes, y aunque éstos se han divulgados en centros sanitarios y por otras vías, y las propias organizaciones de consumidores estamos contribuyendo sistemáticamente a su difusión, es necesario señalar que el nivel de información es insuficiente al menos desde la apreciación que nosotros tenemos, a la vez que algunos de ellos están aún poco desarrollados, especialmente en todo lo relacionado con la participación de los ciudadanos a través de las organizaciones de consumidores y usuarios.

La relación médico-enfermo

Si a esta deficiente información, se le une el hecho que en el ejercicio de esos derechos y deberes, interfieren situaciones subjetivas y objetivas, muy diferentes de las que se pueden producir en relación a otros servicios públicos utilizados por los ciudadanos como usuarios de los mismos, ello puede explicar determinadas situaciones muy particulares que se producen en la relación del en-

fermo o paciente con los servicios sanitarios.

FACUA entiende que cuando un ciudadano utiliza los servicios sanitarios, habitualmente es que está enfermo y ello marca lógicamente la relación que ese usuario va a tener en relación al centro sanitario donde acude y en relación al personal médico y no médico que lo va a atender, pues se trata de una relación entre una persona enferma, el paciente y un centro y un equipo de personas de las que «va a depender» en gran medida su curación. En este marco, las relaciones normales de exigencia de un usuario en relación al cumplimiento de sus derechos sobre cualquier otro tipo de servicios, están mediatizadas por la enorme carga que tiene la relación médico-enfermo. Y esto afecta igualmente a los familiares de los enfermos.

La larga experiencia de nuestra Federación y los datos recogidos por estudios y por encuestas, nos indica que la opinión mayoritaria de los ciudadanos y aún mas de los que han sido usuarios de los centros sanitarios de carácter hospitalario, y mas específicamente de los públicos que es el sector mayoritario y del que se tiene mas datos, es claramente favorable en relación a las prestaciones y al trato que reciben, y la opinión que tienen de los médicos y del resto del personal sanitario, es también claramente satisfactoria.

Y digo globalmente, porque paralelamente a esta valoración positiva, hay cientos de reclamaciones y denuncias sobre situaciones que han dejado insatisfecho a los usuarios o han sido considerada como irregularidades, y sobre todo una que destaca sobre las demás: las listas de espera, aunque parecer ser que este tema está mejorando en la actualidad.

Sin embargo, esta opinión ya no es tan satisfactoria si la relacionamos con la asistencia primaria que reciben los ciudadanos, tanto las que reciben en los centros de salud y en los ambulatorios. En relación a estos servicios, los usuarios tienen la valoración de que sus derechos se respetan menos o se cumplen menos.

Las quejas de los usuarios

Una vez que he tratado de señalar las peculiaridades que se reúnen en torno al carácter de usuario que tienen los pacientes de los servicios sanitarios, y las circunstancias que se producen en el momento de ejercer esos derechos y deberes recogidos en la ley, quiero señalar también algunas cuestiones sobre dicho tema.

En primer lugar tengo que decir que las quejas y reclamaciones de los consumidores y usuarios en relación a los servicios sanitarios, públicos y privados, no son muy numerosas y en lo que afecta a la Federación que yo represento, el número total de consultas y reclamaciones que

presentaron los usuarios durante los últimos cinco años, en las oficinas de nuestras ocho Asociaciones provinciales se situaron en torno a las siguientes cifras:

- Año 2001 . . 361 (de un total de 15.049 consultas y reclamaciones)
- Año 2000 . . 390 (de un total de 15.676 consultas y reclamaciones)
- Año 1999 . . 362 (de un total de 15.854 consultas y reclamaciones)
- Año 1998 . . 380 (de un total de 15.094 consultas y reclamaciones)
- Año 1997 . . 338 (de un total de 14.506 consultas y reclamaciones)

Estas cantidades representan unos porcentajes situados entre el 2% y el 2,5%, del total de las consultas y reclamaciones atendidas por nuestras en relación a todos los sectores que atendemos, teniendo en cuenta de que estamos hablando de un total en torno a las 15.000 consultas y reclamaciones anuales que atiende FACUA. Estos datos, en cuanto a porcentajes, no son muy distintos de los que ofrecen las otras dos Federaciones de consumidores representativas de Andalucía.

El número mayor de quejas y reclamaciones se producen en los propios centros sanitarios, aunque su número en función del volumen de prestaciones que anualmente se producen en nuestra comunidad, es bastante escaso.

Este bajo nivel de denuncias, sin bien dice algo en favor de los servicios sanitarios que recibe la población, también es cierto que muchos usuarios no denuncian sus insatisfacciones o no presentan reclamación contra la irregularidad que dicen haber sufrido, por causas muy variadas, y entre ellas, y al menos así lo confiesan muchos afectados, está el hecho de no siempre es fácil presentar una denuncia contra el personal del que depende su curación y una vez ya curado, las cosas se ven desde otra perspectiva y ya no ven tan necesario la denuncia, salvo que la gravedad de los hechos obliguen a lo contrario.

Los temas habitualmente mas denunciados o de los que más se quejan los usuarios en nuestras Asociaciones y sin ningún orden cualitativo, ni cuantitativo, son los siguientes:

- *Las demoras que se producen para poder recibir asistencia de los médicos especialistas.*
- *Las largas esperas para poder ser intervenido quirúrgicamente en un centro hospitalario.*
- *La deficiente información que recibe en relación al proceso de su enfermedad.*
- *Diversos aspectos de la asistencia recibida durante la estancia en hospitales en relación a alimentación y confortabilidad.*

- *La falta de servicios médicos adecuados en la localidad donde el enfermo tiene su residencia.*
- *El largo tiempo de espera en las urgencias de los hospitales sin recibir ningún tipo de información sobre la causa de dicha espera.*
- *Problemas relacionados con las recetas de medicamentos.*
- *Problemas administrativos en relación a las citas previas en los diversos centros sanitarios.*
- *Problemas relacionado con el trato recibido por arte del personal sanitario.*

La existencia de este tipo de quejas o de denuncias, indica claramente que para muchos usuarios, sus derechos no se están cumpliendo, y ello no se refiere exclusivamente a la sanidad pública, ya que proporcionalmente el número de quejas o reclamaciones que se presentan en relación a los servicios sanitarios privados son más elevados que los referidos a los de titularidad pública.

Los deberes de los pacientes

Junto con todo lo que se ha señalado sobre los derechos de los usuarios-pacientes, también es necesario plantear algunas cuestiones sobre el tema de los deberes de los mismos, ya que en este tema también se producen incumplimientos y no todos justificados por parte de los usuarios o de los pacientes.

Los usuarios-pacientes tienen el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario y me refiero al público, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios.

Dice también la Carta de derechos y deberes de los Pacientes, junto con otras obligaciones que tenemos los usuarios.

Es decir los ciudadanos tienen la obligación de utilizar correctamente los servicios que el sistema pone a su disposición, sin embargo todos sabemos que mayoritariamente los usuarios no cumplen con este deber, por ejemplo en lo relacionado con la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias y con su actitud provocan la masificación de dicho servicio. Aunque cabría preguntarse, si este hecho se puede entender como una actitud incívica o antisocial, o simplemente como la única salida o solución que puede tener un enfermo o sus familiares, ante las deficiencias de la asistencia primaria.

Con esto FACUA no trata de justificar todas las irregularidades que puedan estar cometiendo sectores de usuarios o pacientes, pues algunas no tienen justificación, aunque las deficiencias del propio sistema y la falta de información y formación de los propios ciudadanos, explican muchas de ellas. No obstante y en la medida que se aumente el grado de información a los ciudadanos y éstos tengan un mayor grado de conocimiento sobre sus derechos y deberes, así como de los medios que el sistema pone a su disposición, los usuarios tienen que asumir mayores niveles de responsabilidad.

A modo de conclusión

Como conclusión podríamos señalar, que en la actualidad el marco de los derechos y deberes de los pacientes está bien establecido, aunque el nivel de conocimiento de éstos entre el conjunto de la población es aún escaso. Podemos decir también que muchos derechos están aún poco desarrollados y hay que mejorar bastante en todo lo relativo a la información y a la participación de los usuarios, pues ello es necesario para lograr que los propios ciudadanos colaboren en el mejor uso y optimización de los recursos sanitarios disponibles.

ORIGINAL

Publicaciones de los Centros de Salud andaluces en MEDLINE

Extremera Montero F¹, Ordóñez Montesinos JJ², Díez García E³, Mejías Úbeda AB⁴.

¹ Especialista en MFyC. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, ² Residente de 3.º Año de MFyC. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, ³ Residente de 1.º Año de MFyC. Centro de Salud Palma-Palmilla. Málaga, ⁴ Residente de 2.º Año de MFyC. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

PUBLICACIONES DE LOS CENTROS DE SALUD ANDALUCES EN MEDLINE

Objetivo: Conocer cuales son los trabajos de investigación publicados por los Centros de Salud de Andalucía, que estén indexados en la base de datos MEDLINE.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria. Centros de Salud.

Población y muestra: Todos los artículos publicados por los Centros de Salud (CS) de Andalucía en revistas científicas nacionales y extranjeras, que estén indexados en la base de datos MEDLINE.

Intervenciones: Se ha realizado una búsqueda a través de Pubmed en la base de datos MEDLINE y PREMEDLINE introduciendo las palabras «Centro de Salud» mas los nombres de cada una de las ocho provincias andaluzas. La fecha de finalización del estudio, fue el 31 de Diciembre del 2001.

Resultados: Hubo un total de 149 publicaciones, 146 en revistas nacionales. El 75% se publicaron en la revista Atención Primaria.

El 90% del total de las publicaciones fueron estudios descriptivos, en un 3% se realizaron ensayos clínicos.

La media de publicaciones por año fue de 12.4 artículos; en 1994 se realizaron 23.

El 39 % de las publicaciones se realizaron sobre temas clínicos.

La provincia que más publicó fue Granada con 43 publicaciones. Por Centros de Salud (CS) existe un empate con 16 publicaciones entre los C.S. de Occidente en Córdoba y La Orden en Huelva.

Conclusiones: En contra del creciente aumento anual del número de publicaciones en congresos y reuniones científicas de nuestra sociedad, no existe un aumento en el número de publicaciones de los C.S de Andalucía en revistas indexadas en MEDLINE, la principal base de datos mundial.

Palabras Clave: Centros de Salud. MEDLINE. Publicaciones.

Correspondencia: Francisco Extremera Montero. Centro de Salud Palma-Palmilla. Avenida de la Palmilla, s/n. 29011. Málaga. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga.

Teléfonos: 952 278 000 y 952 278 004.

Recibido el 27-04-2002; aceptado para su publicación el 20-06-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 233-238

PUBLICATIONS BY ANDALUSIAN HEALTH CENTERS APPEARING IN MEDLINE

Goal: To find out what research published by Andalusian Health Centers is indexed in the MEDLINE data base.

Design: Descriptive, cross-sectional.

Setting: Primary Care. Health Centers.

Population and Sample: All articles published in national and foreign scientific journals by Andalusian Health Centers that are indexed in the MEDLINE data base.

Interventions: A search was carried out through Pubmed in the MEDLINE and PREMEDLINE data bases, using the key words «Health Center» along with the names of each one of the eight Andalusian provinces. The search included all articles published up until December 31, 2001.)

Results: A total of 149 publications was found, 146 of them in national journals. 75% of the articles were published in the journal «Atención Primaria.» Descriptive studies accounted for 90 % of all publications while clinical trials were carried out in 3% of them. The yearly average was 12.4 articles per year. In the year 1994 there were 23. 39% of the articles published centered on clinical topics. The province that published the most was Granada, with 43. A tie existed between health centers, with 16 publications originating from the «Occidente» Health Center in Cordoba and 16 from «La Orden» in Huelva.

Conclusions: Despite an annual rise in the number of papers submitted to conferences and scientific meetings in our society, there has been no increase in the number of publications from Andalusian Health Centers appearing in journals indexed in MEDLINE, the world's main data base.

Key Words: Health Centers. MEDLINE. Publications.

Introducción

La investigación en Atención Primaria (AP), debe ser un componente más de las actividades del médico de familia, junto con la clínica y la docencia, tal como viene recogido en el programa general de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Desde la creación de la especialidad de MFyC en el año 1978; la apertura de los primeros Centros de Salud, la reforma de la AP y la elaboración de la Ley General de Sanidad, (que llegaría a ver la luz en abril de 1986), ha ido creciendo el interés y las iniciativas investigadoras, tal como viene reflejado en el aumento del número de publicaciones en los congresos de nuestra especialidad.

No obstante, existen barreras u obstáculos que dificultan su puesta en marcha de una manera generalizada por los profesionales de los Centros de Salud, tales como falta de formación en metodología de la investigación, falta de incentivos externos, ausencia de una infraestructura básica, y sobre todo la excesiva presión asistencial que ocasiona una falta de tiempo para tal fin ^{1,2}.

Igualmente la investigación en AP se suele comparar con las actividades que se realizan en otros medios o instituciones como Universidades y Hospitales; desde esta perspectiva la investigación en AP sale mal parada, ya que se parte de condiciones desiguales, distintas evoluciones históricas y distintos estándares de actividad y calidad ³.

Con la aparición en Internet en Estados Unidos y su generalización en todo el mundo, se ha producido un cambio radical en la investigación. Actualmente es posible tener acceso a la mayoría de las bases de datos bibliográficas informatizadas de una forma rápida, sencilla y precisa, pudiendo encontrar los resúmenes de los artículos y en ocasiones los artículos completos de forma gratuita.

Lo que hace tan solo 12 años, suponía una obra de gigantes (el buscar los artículos necesarios para la bibliografía de forma manual en textos como Index Medicus o Currents Contents), hoy día es posible realizarlo desde casa, en poco tiempo, y solamente disponiendo de un ordenador personal, conexión a Internet y ciertas habilidades de búsqueda bibliográfica.

El objetivo de nuestro estudio es cuantificar y caracterizar los trabajos de investigación publicados por los Centros de Salud de Andalucía, que estén indexados en la principal base de datos de ciencias de la salud: MEDLINE.

Sujetos y Métodos

El sistema de búsqueda PubMed es un archivo digital de revistas sobre ciencias de la vida, desarrollado por el National Center for Biotechnology Information (NCBI) y la U.S. National Library of Medicine (NLM), dependiente del Instituto Nacional de la Salud (NIH) siendo su acceso libre.

Este sistema permite el acceso de forma gratuita e instantánea a bases de datos bibliográficas compiladas por la NLM, como MEDLINE, que es la base de datos más importante de la NLM y abarca los campos de la medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. Actualmente contiene unos 11 millones de referencias bibliográficas recopiladas desde 1966, de más de 3900 revistas de EE.UU. y de otros 70 países. En España hay 35 revistas indexadas en MEDLINE.

Desde 1996 la NLM introdujo otra base de datos llamada PREMEDI-NE (citas y resúmenes de los artículos enviados por los editores de la revista y que serán incorporados a la base electrónica antes o al mismo tiempo que se publica el artículo en formato papel) ^{4,5}.

El contenido de MEDLINE es muy amplio, abarcando prácticamente todas las especialidades médicas y paramédicas, aunque presenta importantes deficiencias en lo referente a medicinas alternativas e información sobre medicamentos.

Otras bases de datos de la NLM serían: AIDS, Bioethics, Complementary Medicine, Core Clinical Journals, Dental Journals, Nursing Journals, PubMed Central, Genbak y Complete Genoma.

A través de un estudio descriptivo transversal hemos analizado todos los artículos publicados en revistas científicas tanto nacionales como extranjeras, por los Centros de Salud de Andalucía, y que estén incluidos en MEDLINE.

Quedan fuera de nuestro estudio todos los trabajos de investigación que no estén incluidos en MEDLINE.

La búsqueda de información se realiza a través de PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Pubmed>) en la base de datos MEDLINE, introduciendo las palabras «Centro* de Salud», el operador Boleano «AND», y los nombres de cada una de las ocho provincias andaluzas. Como limitadores usamos *Affiliation* (con el fin de seleccionar únicamente el Centro de Salud institucional que figura en la afiliación); el segundo limitador utilizado fue *Publication Date*, que fue desde 1966 hasta el 31 de Diciembre del 2001.

Se excluyeron los artículos publicados por CS no españoles, y los publicados por CS mentales.

Tampoco se incluyen los artículos «cartas al director», al no estar indexado en la gran mayoría de las ocasiones el nombre del Centro de Salud que los realiza.

Pulsando posteriormente el botón de mostrar *Display* y seleccionando el campo *MEDLINE*, tendremos información de todos los artículos del listado. Cada uno de ellos dispone de un código PMID (*Pubmed unique identifier*) y de campos de búsqueda identificados por dos letras que permiten una descripción completa del artículo. De todos ellos se recogieron los siguientes:

- AB – Resumen.
- CY – País.
- EDAT – Fecha de publicación en Pubmed.
- MH – Descriptores de Ciencias de la Salud de la NLM, (género, edad, tipo de estudio).
- AD – Afiliación institucional.
- AU – Autores.
- LA – Lengua.
- TT – Título.
- PT – Tipo de Publicación.
- SO – Información bibliográfica.
- MESH – Términos clave.

Los datos anteriores se volcaron en una base de datos, junto con otros campos que utilizamos para completar el estudio, que fueron: Carácter docente de los Centros de Salud, y Distrito Sanitario al que pertenecen dichos Centros.

En el caso de que el estudio fuera de tipo multicéntrico, y para evitar duplicidades, se asignó el artículo al primer CS que figurara en la afiliación institucional.

Por último se recogieron los temas sobre los que versaban los artícu-

los, y se clasificaron de acuerdo a los siguientes campos genéricos: a) clínico, b) epidemiológico, c) organizativo, d) conducta socio-sanitaria y e) formación e investigación. La elaboración de estos campos fue hecha por un grupo de trabajo sobre investigación en AP, que auspicio el Fondo de Investigación Sanitaria en 1996. Los autores realizaron un muestreo sobre 1014 publicaciones del Índice Médico Español, seleccionadas en base a su relación con la AP, entre los años 1989 y 1992. Las referencias obtenidas se clasificaron temáticamente según los cinco campos genéricos citados anteriormente³. Uno de los autores (E. Díaz) fue la encargada de clasificar los artículos según los cinco campos genéricos de la Investigación en AP; posteriormente, para valorar la validez del proceso de agrupamiento de los artículos, se estudio la concordancia intra observador (E. Díaz), quien reclasificó los artículos de nuevo y los comparó con la clasificación previa. Por otro lado, otro de los autores (J. Ordóñez) también clasificó los artículos, estudiándose la concordancia ínter observadores (E. Díaz frente a J Ordóñez.), mediante el índice de Kappa⁶.

Resultados

Encontramos en MEDLINE un total de 149 artículos en revistas científicas nacionales y extranjeras, realizados por 45 C.S Andaluces en el periodo que va desde el año 1990 hasta el año 2001, ambos inclusive. Estos 45 CS representan el 18% del total de los 257 CS que constamos en la pagina web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

De estos 45 CS, 32 están adscritos a Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y realizaron 128 artículos, lo que supone el 86% del total.

El gráfico 1 representa el número de publicaciones aparecidas por años. La media de artículos anuales fue de

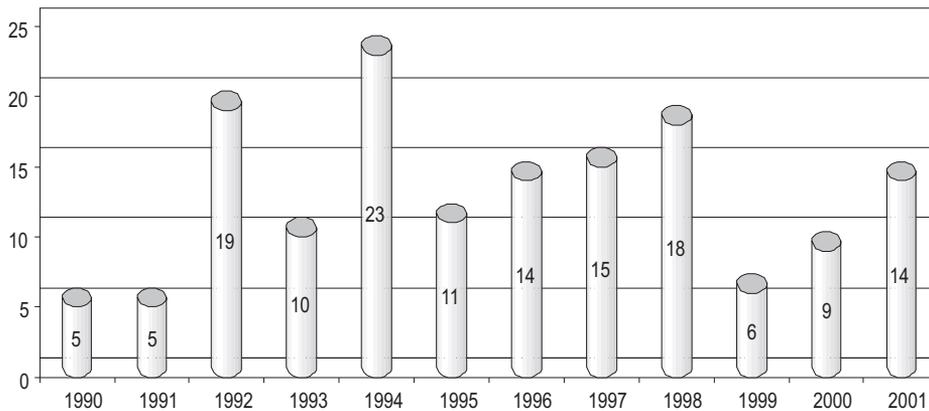


Gráfico 1: Número de publicaciones de los CS andaluces en MEDLINE por años

12.4; destacando el mínimo de publicaciones en los años 1990 y 1991 con 5, y el máximo en 1994 con 23.

El periodo de tiempo que va desde 1990 hasta 1991 fue cuando menos se publicó, con 10 artículos en total; asis-

tiendo a un aumento desde el 1992 al 1998, para disminuir de nuevo del 1999 al 2001.

En el gráfico 2 se han reflejado el número de publicaciones aportadas por cada provincia. Granada es la que más

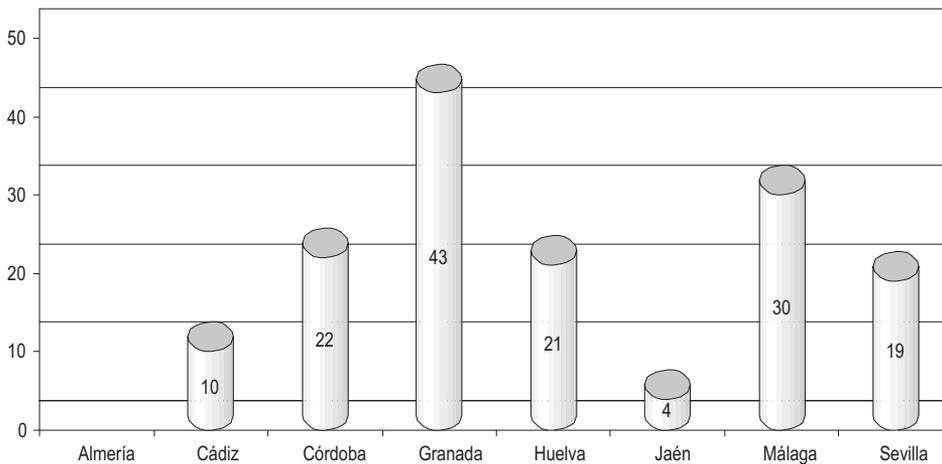


Gráfico 2: Número de publicaciones de los CS andaluces en MEDLINE por provincias

publicó con un total de 43 artículos. Jaén es la que menos con 4 artículos. mientras que no encontramos ningún artículo publicado por Almería.

Los Centros de Salud que más publicaciones han realizado son La Orden, que pertenece al distrito Huelva-Costa, y el de Occidente, que pertenece al distrito Córdoba, con 16 cada uno, suponiendo un 21.5 % del total. En Granada destaca el C.S. Zaidín Sur con 12 (8%), En Málaga, el C.S. El Palo aparece con 7 publicaciones (5%). (Tabla 1).

TABLA 1
CENTROS DE SALUD ANDALUCES CON TRES O MÁS PUBLICACIONES EN MEDLINE

CENTRO DE SALUD	PROVINCIA	NÚMERO DE PUBLICACIONES
Occidente	Córdoba	16
La Orden	Huelva	16
Zaidín Sur	Granada	12
Almanjáyar	Granada	8
La Cartuja	Granada	8
El Palo	Málaga	7
La Chana	Granada	6
Universitario San Pablo	Sevilla	5
Molino de la Vega	Huelva	4
Palma – Palmilla	Málaga	4
Salvador Caballero	Granada	4
Virgen de Belén	Sevilla	4
Huerta de la Reina	Córdoba	3
Torre del Mar	Málaga	3
Carranque	Málaga	3
Cabra	Córdoba	3
Pino Montano	Sevilla	3
Ciudad Jardín	Málaga	3

En referencia al lugar de publicación de los artículos, la revista científica que más veces aparece es Atención Primaria con 112 publicaciones (75%); en segundo lugar se encuentran Medicina Clínica y Anales Españoles de Pediatría con 6 artículos. El resto de revistas que aportan artículos publicados en MEDLINE es poco significativo. Mención aparte merecen las publicaciones en revistas extranjeras; solo aparecen tres: Family Practice, Journal of Epidemiology and Community Health, y Nahrung, y lo hicieron los CS de Occidente, Vélez Málaga y Zaidin Sur. (Tabla 2).

El tipo de diseño del artículo correspondió a estudios descriptivos en 134 casos (90%); de los cuales, siete fueron multicéntricos, y los CS que participaron en alguno de ellos fueron: Almanjáyar, La Cartuja, La Chana, La Orden, Virgen de la Cinta, Pino Montano y San Pablo.

El resto fueron: ocho artículos de revisión (6%), cuatro ensayos clínicos (3%), dos estudios de cohortes y un estudio caso-control.

TABLA 2
NOMBRE DE LAS REVISTAS Y NÚMEROS DE ARTÍCULOS PUBLICADOS POR LOS CENTROS DE SALUD ANDALUCES EN MEDLINE

NOMBRE DE LA REVISTA	NÚMERO DE PUBLICACIONES
Atención Primaria	112
Medicina Clínica	6
Anales Españoles de Pediatría	6
Revista de enfermería	4
Revista Española de Sanidad e Higiene Pública	3
Gaceta Sanitaria	3
Revista Clínica Española	3
Avances en Contracepción	2
Anales Españoles de Medicina Interna	2
Actas de Urología	1
Archivos de Bronco neumología	1
Revista de Neurología	1
Revista Española de Cardiología	1
Revista Española de Salud Pública	1
J.Epidemiol Community Health	1
Fam Pract	1
Nahrung	1

Los cuatro ensayos clínicos encontrados se publicaron en la revista Atención Primaria. Tres de ellos se realizaron en el CS La Orden (Huelva) y uno de ellos en el CS El Palo (Málaga).

En cuanto al contenido de las publicaciones, los campos genéricos más referidos son el clínico con 58 (39%), el organizativo con 31 (21%), el epidemiológico con 30 (20%), la conducta socio-sanitaria con 28 (19%) y por último formación e investigación con 3 (2%)

Dentro del campo clínico es el apartado de envejecimiento el que más referencias reúne, con 10. En el campo epidemiológico el mayor número corresponde a problemas de salud, sistema de vigilancia epidemiológica y factores de riesgo. En el campo genérico organizativo la intervención comunitaria y la evaluación de la calidad de la atención son los más referidos.

Reseñar que el género de la población estudiada en los artículos corresponde en un 84% a ambos sexos, y en un 16% a población femenina. No se registro ningún estudio referido únicamente a población masculina.

La edad de la población estudiada en los artículos publicados, corresponde en su mayor porcentaje a población adulta con un 66%, seguido de los niños 22%, ancianos el 10% y por ultimo adolescentes con un 2%.

La media del número de autores que aparece por cada

publicación es de 4,8; con un intervalo de uno a diez autores, siendo la moda de seis.

Por Distritos Sanitarios es el distrito de Granada quien tiene más publicaciones con un 25%, seguido del distrito Málaga y Huelva-Costa con un 15%.

La concordancia intra observador, medida con el índice de Kappa, fue del 86 % para el total de agrupamientos, siendo la concordancia ínter observador del 68%. Estos resultados indican una alta concordancia entre las mediciones, no existiendo una marcada variabilidad en la clasificación de los artículos⁶.

Discusión

España ocupa actualmente el sexto puesto de la Unión Europea en cuanto a producción científica biomédica y en ciencias de la salud; la producción científica crece año tras año, siendo la investigación procedente de la universidad la que ocupa el primer puesto, con el 48% de las publicaciones, seguida del sector sanitario (especialmente la hospitalaria), con el 45,3 %. De todas las publicaciones realizadas, el 68% fueron artículos de revistas.

Por Comunidades Autónomas (CCAA), Madrid con el 32% y Cataluña con el 27% ocupan los primeros puestos en el número de publicaciones, seguida en tercer lugar por Andalucía con el 11,7%⁷.

En nuestro estudio somos conscientes de que no incluimos todos los trabajos de investigación de los CS andaluces, sólo cuantificamos un aspecto de la investigación (la que aparece en MEDLINE); existen otras muchas formas para valorarla: publicaciones en congresos, tesis doctorales, revistas que no estén indexadas en bases de datos informatizadas (Medicina de Familia, Centros de Salud, Cuadernos de Gestión, Medicina Rural, y Revistas de Sociedades Autonómicas entre otras), o que lo estén en otras bases de datos (EMBASE, IME). No obstante no hay que olvidar que MEDLINE la principal base de datos de la NLM se ha convertido en la fuente de información más utilizada mundialmente, incluyéndose en ella las revistas con mayor factor de impacto.

Es posible que algunos autores al publicar su artículo no incluyan el nombre del Centro de Salud en la afiliación. También puede que existan algunos errores tipográficos en la indexación de los artículos, que hagan que no podamos recuperar el 100% de los artículos incluidos en MEDLINE; no obstante creemos que estos deben ser mínimos y no anulan el objetivo general del estudio.

Una limitación de nuestro estudio, es no poder comparar nuestros resultados con la producción global de los Centros de Salud de otras CCAA, al no encontrar en la bibliografía estudios semejantes; por lo que sería interesante realizar este mismo tipo de estudio, en otras regiones y

en España en su totalidad, lo que constituye una nueva línea de investigación a realizar.

La provincia con mayor número de publicaciones fue Granada (gráfico 1), con el 29% del total; al ser esta provincia pionera de la atención primaria y germen de la medicina de familia en España, es lógico que sea aquí donde las actividades docentes e investigadoras tengan un mayor relieve. Sin embargo observamos una caída en el número de publicaciones en los últimos años en esta provincia.

Es relevante que Sevilla, tenga solo 19 publicaciones; a pesar de contar con gran número de Centros de Salud y encontrarse allí los centros directivos de Atención Primaria y la Consejería de Salud.

La provincia de Jaén cuenta únicamente con solo cuatro publicaciones, mientras que no encontramos ninguna publicación en Almería.

Es de reseñar que existen dos CS que acaparan el 21.5 % de las publicaciones; son el CS la Orden en Huelva y el CS de Occidente en Córdoba, en ellos se observa que existen líneas de investigación claramente definidas: los factores de riesgo cardiovascular en el CS La Orden, y los aspectos geriátricos y del envejecimiento en el CS de Occidente.

La revista Atención Primaria, con 112 artículos, se configura como el destino final de los artículos elaborados por los investigadores de los CS andaluces, lo cual es lógico ya que es la publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y los profesionales que trabajan en los CS pertenecen mayoritariamente a esta sociedad, (esta revista fue indexada en MEDLINE en 1989, por lo que los trabajos de los Centros de Salud publicados en esta revista anteriores a esta fecha no figuran en esta base de datos).

La revista *Medicina Clínica* esta considerada como una de las que tienen mayor impacto dentro de su especialidad a nivel mundial⁸. Seis CS publicaron un artículo en ella: San Pablo, Virgen de Belén, Occidente, La Orden (en dos ocasiones) y Palma-Palmilla.

Nos sorprende el escaso de número de publicaciones realizados por los CS Andaluces en la Revista de Enfermería, dado el gran número de profesionales de este gremio que trabajan en los Centros.

Nos llama la atención al analizar las publicaciones, el gran predominio de estudios descriptivos, y el escaso número de ensayos clínicos (EC) realizados. Mientras que uno de cada 6 artículos (17%) publicados en *The New England Journal of Medicine*, fue un ensayo controlado aleatorio, este diseño sólo se utilizó en el 3% de los casos de nuestro estudio. Este porcentaje es muy similar al número de ensayos de la revista *Atención Primaria*⁹.

Al ser nuestra especialidad relativamente joven, es lógico que las prioridades iniciales, sean conocer y describir lo que se hace y las características de los problemas con que se enfrenta, los estudios descriptivos son útiles en estas primeras fases para lograr este conocimiento, y generar hipótesis de trabajo, esto explicaría en parte el escaso número de EC.

No hay que olvidar que la investigación en atención primaria es más compleja que la necesaria para realizar un EC sobre la eficacia de un fármaco en el ámbito hospitalario, y tiene claras peculiaridades que dificultan su realización. Entre ellas: el trabajar sobre la base de la efectividad; la relación con los usuarios de tipo longitudinal, habitualmente en sucesivos contactos puntuales; la influencia sobre el estado de salud de factores psicológicos, sociales y culturales en ocasiones no bien conocidos; la heterogeneidad de la población atendida, y la libertad del paciente para utilizar servicios y aceptar consejos, pruebas complementarias y pautas terapéuticas^{1,2,10}.

No obstante y pasadas las primeras fases de implantación de la atención primaria en nuestra comunidad, creemos necesario un cambio en el tipo de diseño de los estudios y orientarlos hacia la realización de otros más rigurosos y ambiciosos como puedan ser los E.C. y estudios multicéntricos. Para ello será imprescindible un apoyo inequívoco de la Administración, Unidades Docentes, Unidades de Investigación, Sociedades Científicas etc., hacia los profesionales que trabajan e investigan en los Centros de Salud, y evitar el desánimo de los médicos de familia a la hora de enfrentarse a las dificultades metodológicas de este tipo de estudios.

Respecto a los campos genéricos de la investigación, encontramos porcentajes muy similares entre los hallados por nosotros y por el grupo de trabajo sobre investigación en AP³. Solamente existe diferencia en el campo de conducta sanitaria, en el que encontramos un 19% de artículos, frente al 8% encontrado por el otro grupo de trabajo.

Hemos querido comparar nuestros resultados con otros autores, como por ejemplo los encontrados por López Miras et al¹¹, en el cual analiza los artículos originales publicados en la revista Atención Primaria en 1991, encontrándonos porcentajes muy diferentes especialmente en los apartados clínicos y organizativo, no obstante creemos que estas cifras no son valorables al ser las clasificaciones empleadas por López Miras distintas a las nuestras.

Por último y quizás la conclusión más importante de nuestro estudio es, que en contra del creciente aumento anual del número de publicaciones en congresos y reuniones

científicas de nuestra sociedad, no encontramos, un claro aumento en el número de publicaciones de los C.S de Andalucía en revistas indexadas en MEDLINE. En el gráfico número 1 podemos observar, que las publicaciones comienzan en 1990, lo cual tiene relación con la época en que se indexa la revista Atención Primaria. Tras un discreto número de publicaciones en los años 1990 y 1991, el número de publicaciones aumenta en los años siguientes con una figura en dientes de sierra, pero sin una tendencia claramente alcista. Sin embargo si ha existido un claro aumento en la apertura de nuevos Centros de Salud en Andalucía, desde 1990 hasta la actualidad.

La falta de una carrera profesional en AP, unido a las nuevas orientaciones y líneas de trabajo del Servicio Andaluz de Salud y de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, donde prima la «consulta a demanda» sobre las actividades preventivas, docentes, e investigadoras, podrían justificar el no incremento en el número de publicaciones y la falta de contribución al fomento de la investigación. Es patente las dificultades que entraña todo lo anterior, pero el intentar conseguir que esta investigación aumente tanto en cantidad como en calidad es necesario para conseguir que la atención primaria tenga el papel que se merece en nuestra comunidad.

Bibliografía

1. Ricoy JR, García-Iñiesta E, Martín E, Pozo F. Investigación financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria durante 1989. Med Clín (Barc) 1990; 95: 739-742.
2. Jiménez Villa J. Evolución de la investigación en atención primaria. Aten Primaria 1993; 11: 115-116.
3. Fondo de Investigación Sanitaria. Grupo de trabajo sobre investigación en atención primaria. Documentos de trabajo sobre investigación en atención primaria. Madrid; 1996.
4. García Díaz F. Búsqueda de bibliografía médica a través de Internet. El proyecto Pubmed. Med Clín (Barc) 1998; 113: 58-62.
5. Jordá Olives M. Las bases de datos de la National Library of Medicine de Estados Unidos. Aten Primaria 1999; 23: 42-46.
6. Hernández I, Vioque J. El Examen clínico. El diagnóstico. En: Tratado de Epidemiología Clínica. 1995. p. 185-197.
7. Camí J, Zulueta MA, Fernández, MT, Bordons I, Gómez I. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud durante el periodo 1990-1993. (Science Citation Index y Social Science Citation Index) y comparación con el periodo 1986-1989. Med Clín (Barc) 1997; 109: 481-496.
8. Amorós Rodríguez P, García Gutiérrez JF, Perea-Milla López E. Factor de impacto de las publicaciones biomédicas españolas incluidas en MEDLINE. Aten Primaria, 1999; 24: 492-494.
9. Grandes G. ¿Por qué tan pocos ensayos clínicos en atención primaria? Aten Primaria 2002; 29: 97-100.
10. Melguizo M, López A. La investigación en atención primaria. Aten Primaria 1991; 8: 359-360.
11. López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Gervas J. Investigación en atención primaria: contenido de los artículos publicados en revistas científicas. Aten Primaria 1993; 11: 340-343.

ORIGINAL

Tratamiento con acupuntura del dolor crónico benignoVas J¹, Vega E², Méndez C³.

¹ Médico Acupuntor, Responsable médico de la Unidad de Tratamiento del Dolor del Centro de Salud de Dos Hermanas (Sevilla), ² Médico Acupuntora, Responsable médico de la Unidad de Tratamiento del Dolor del Centro de Salud de Castilleja de la Cuesta (Sevilla). ³ Epidemióloga, Distrito de Atención Primaria Alcalá-Dos Hermanas (Sevilla).

TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA DEL DOLOR CRÓNICO BENIGNO

Objetivo: Evaluar los efectos de la acupuntura (técnica neuroestimulativa) en el alivio del dolor crónico benigno, en la mejora en la calidad de vida y la reducción del consumo de fármacos en los grupos terapéuticos objeto del trabajo.

Diseño: Estudio antes-después, no aleatorio, sin grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud Dos Hermanas «A». Sevilla

Población: Se estudiaron 226 pacientes derivados a la Unidad del Dolor que cumplían los criterios de inclusión

Resultados: La calidad de vida se midió mediante el cuestionario de McGill obteniendo los resultados medios de los grupos antes y después del tratamiento: intensidad del dolor de 8,5 antes a 3,5 después del tratamiento, frecuencia del dolor de 3,3 a 1,6, consumo de analgésicos de 2,5 a 0,8, discapacidad de 2,1 a 1,1 y sueño de 1,9 a 0,4, siendo todas diferencias significativas ante y después de la intervención. El coste medio día medicamentos fue de 1,63 €. Antes y 0,28 € después y el coste total día medicamento de 374,71 € a 64,58 €.

Conclusiones: La aplicación de la acupuntura en este tipo de pacientes mejora la calidad de vida y reduce el consumo de fármacos y por tanto disminuye la iatrogenia asociada a este tipo de tratamiento.

Palabras clave: Acupuntura, calidad de vida, costes.

TREATING BENIGN CHRONIC PAIN WITH ACUPUNCTURE

Goal: To evaluate the effects of acupuncture (neural stimulation technique) on the relief of benign chronic pain, improving the quality of life, and reducing drug consumption in the therapeutic groups under study.

Design: A before/after study, not randomized, not blind.

Setting: «Dos Hermanas «A» Health Center in Seville (Spain).

Population: 226 patients referred from the Pain Management Unit who met the study's inclusion criteria.

Interventions and Results: Quality of life was measured by using the McGill questionnaire, which allowed the group's average results to be obtained before and after the treatment: intensity of pain was 8.5 before and 3.5 after the treatment; frequency of the pain was 3.3 before and 1.6 after; consumption of analgesics went from 2.5 to 0.8; disability was 2.1 before and 1.1; and sleep went from 1.9 to 0.4. These all represent significant differences before and after the intervention. The cost half-day medications was of 1.63 €. Before and 0.28 € later and the cost total medication of 374,71 € at 64,58 €.

Conclusions: The application of acupuncture among these patients improved their quality of life and reduced drug consumption, thus diminishing the iatrogenic effects associated with this type of treatment.

Key words: Acupuncture. Quality of life. Costs.

Correspondencia: Jorge Vas. Centro de Salud Dos Hermanas «A». C/ Segovia, 37. 41700. Sevilla. Correo electrónico: jvas@acmas.com.

Recibido el 03-06-2002; aceptado para su publicación el 25-07-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 239-244

Introducción

El crecimiento del gasto sanitario, sin que paralelamente se hayan producido cambios importantes en el nivel de salud de la población, junto con la constatación de que los recursos son limitados ha producido un cambio general de planteamiento en la estrategia de organización de los servicios, haciendo imprescindible identificar nuevas alternativas de abordaje a los problemas crónicos de salud donde el sistema sanitario no ha demostrado su efectividad.

El problema del dolor crónico benigno por las connotaciones de índole asistencial, social y económica que tiene, presenta un problema de salud de gran magnitud en todos los niveles asistenciales de nuestro entorno. Asimismo el tratamiento terapéutico para este problema no es efectivo y además presenta efectos secundarios en algunos pacientes especialmente con los antiinflamatorios no esteroideos ^{1,2,3,4}.

En los últimos diez años aparece un interés creciente por éstas técnicas en países como Francia, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos. En noviembre de 1997 se reúne un panel de expertos del Instituto Americano de Investigación de Salud (N.I.H.) sobre Medicinas Complementarias, cuyas conclusiones publicadas en Bethesda (Maryland) recomiendan el uso de la acupuntura y la profundización en la investigación sobre la misma ^{5,6}. Aunque hay revisiones que otorgan a la acupuntura ventajas frente a placebo y a otras técnicas, algunos autores aconsejan la realización de más ensayos controlados aleatorizados de calidad para demostrar su efectividad ^{12,13}.

En el Distrito Sanitario de Alcalá-Dos Hermanas-Utrera, compuesto por 9 Zonas Básicas de Salud, prestan servicio un total 175 facultativos y 15 pediatras, que dan cobertura sanitaria a 258.653 habitantes según Población del padrón 1998; Informe oficial del SAS 2001.

En este escenario se inicia en el Distrito Sanitario una experiencia, en el mes de junio de 1997, para incluir entre los servicios ofertados a la población un Programa que implica la creación y puesta en funcionamiento de una Unidad

de tratamiento del Dolor, desarrollando una línea estratégica encaminada a mostrar la efectividad de las llamadas técnicas o medicinas *no convencionales*. En una primera fase estuvo ubicada en el ambulatorio de Santa Ana de Dos Hermanas (hoy Centro de Salud Dos Hermanas «B»), funcionando un día a la semana, con un médico-acupuntor y el correspondiente personal de enfermería. Antes de su puesta en marcha se elaboró, discutió y difundió con los facultativos del centro el protocolo de derivación (objetivos, población diana, criterios de inclusión y de exclusión, etc.). Posteriormente (31 de marzo de 1998) y debido al desarrollo del programa se trasladó al Centro de Salud de Dos Hermanas «A», con mejores y más amplias instalaciones, donde se lleva a cabo el programa diariamente.

Durante la primera fase de la Unidad de Tratamiento del Dolor (junio de 1997 a marzo de 1998) se vieron a 106 pacientes y se generó una demanda creciente que llegó a colocar la lista de espera en 6 meses. Tras una evaluación interna de los resultados y ante la creciente demanda se propuso al Distrito la ampliación en tiempo y ubicación. En la actualidad, como ya se ha comentado, se dispone de cinco salas de tratamiento durante todos los días laborables de la semana. Este cambio cualitativo y cuantitativo se puede ver reflejado en el incremento de pacientes atendidos (en tan solo cuatro meses se han incluido en el Programa 175 pacientes nuevos y se ha alcanzado una media de más de 320 tratamientos al mes), reduciendo la lista de espera a un mes y medio. Ver tabla 3.

El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la acupuntura (técnica neuroestimulativa) en el alivio del dolor crónico benigno, en la mejora en la calidad de vida y la reducción del consumo de fármacos en los grupos terapéuticos habituales en estos pacientes.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un seguimiento a un total de 226 pacientes derivados a la Unidad del dolor de junio de 1999 a agosto del 2000 según los criterios que figuran en la tabla 1 y datos de alta en la misma.

Como fuente de información se han utilizado las entrevistas persona-

TABLA 1

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS PACIENTES EN EL TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA

Crterios de exclusión	Crterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> ■ Presencia de diagnóstico incompleto, confuso o ausencia del mismo ■ Indicación quirúrgica clara ■ Ausencia injustificable de tratamiento previo ■ Rentofilia o litigio laboral por la causa del dolor ■ Embarazo ■ Enfermo sometido a tratamiento con: <ul style="list-style-type: none"> • Antineoplásicos • Corticoides • Inmunosupresores • Mórficos ■ Enfermedad psiquiátrica grave activa ■ Grave afectación del estado general ■ Proceso infeccioso-febril ■ Dermopatía grave o generalizada 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor de más de tres meses de evolución ■ Diagnóstico preciso ■ Indicación quirúrgica excluida. ■ Imposibilidad de tratamiento por <ul style="list-style-type: none"> • Alergias • Úlcus gastroduodenal • Yatrogenia derivada del uso de analgésicos-antiinflamatorios ■ Dolor neurológico <ul style="list-style-type: none"> • Funcional • Localizado (segmentario) • De localización cervicocefálica • Central referido (secuelas de AVC, miembro fantasma) ■ Dolor articular <ul style="list-style-type: none"> • Mono o poliarticular • Periaricular y ligamentoso ■ Antecedentes previos de tratamiento eficaz con acupuntura ■ Facilidad de desplazamiento a la unidad

TABLA 2

RELACIÓN DE PACIENTES NUEVOS Y SESIONES APLICADAS COMPARANDO LAS DOS FASES DURANTE 1998

	AMBULATORIO (TRES ÚLTIMOS MESES DE LA PRIMERA FASE)			C SALUD			
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Sesiones por mes	59	105	86	288	301	355	343
Pacientes nuevos	5	13	12	36	42	53	44
Total nuevos (1998)			30				175
Promedio sesiones			83,33				321,75

TABLA 3

COMPARACIÓN DE LA PUNTUACIÓN MEDIA DEL GRUPO DE PACIENTES EN EL ESTUDIO ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

<i>Calidad de vida: comparación de las medias de las variables</i>				
<i>Variables</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>t'</i>	<i>Significación (p)</i>
Intensidad dolor (0-10)	8,5	3,5	32,134	< 0,001
Frecuencia dolor (0-4)	3,3	1,6	25,815	< 0,001
Consumo analg. (0-4)	2,5	0,8	23,250	< 0,001
Discapacidad (0-4)	2,1	1,1	17,654	< 0,001
Sueño (0-4)	1,9	0,4	20,425	< 0,001

t con n-1 grados de libertad (226-1=225)

TABLA 4

COMPARACIÓN DE LOS COSTES MEDIOS DE LOS GRUPOS DE PACIENTES ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ACUPUNTURA

	<i>Antes</i>	<i>Después</i>
Coste medio/día medicamentos	1,63 €	0,28 €
Coste total/día medicamentos	374,71 €	64,58 €

TABLA 5

MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

<i>Motivo Consulta</i>	<i>N.º pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
Cervicalgias	53	23,4513274
Lumbalgias	39	17,2566372
Gonalgias	32	14,159292
Omalgias	28	12,3893805
Cefaleas	27	11,9469027
Dorsalgias	23	10,1769912
Otros	24	10,619469

les que se han mantenido con el paciente, en cada una de las consultas, y la historia clínica que se ha realizado en la UTD.

Las variables que se han considerado para valorar la eficacia de la acupuntura en la reducción del dolor han sido las siguientes: intensidad del dolor, frecuencia del dolor, consumo de AINEs, incapacidad y alteración del sueño.

Se ha efectuado una valoración de las variables anteriores al ingreso de cada paciente y al alta de la UTD. Estas variables se han comparado como medias apareadas al ingreso y al alta de la UTD, calculando

la significación estadística mediante la t de student, utilizando el paquete estadístico SPSS.

Ha sido requisito para que un paciente ingrese en el estudio el haber sido dado de alta de la UTD con al menos tres sesiones de acupuntura.

La valoración de las variables se ha realizado de la siguiente forma:

• *Intensidad del dolor.* A través de la Escala Visual Analógica (0-10), ideada en 1976 por Scott Huskisson⁷ validada en nuestro medio y método de medición empleado con más frecuencia en muchos centros de evaluación del dolor¹⁴. La VAS es un instrumento simple, sólido, sen-

sible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios^{15,16} y su fiabilidad también ha sido recientemente evaluada, encontrándose satisfactoria¹⁷.

• **Cuestionario multidimensional de McGill modificado.** Desarrollado por Melzack y Torgerson⁸, analiza los componentes del dolor con una escala ordinal. Por medio de este cuestionario se obtiene un índice numérico para cada componente y otro global que es la suma de todos ellos o Valor Indicativo, que nos permite cuantificar el dolor percibido en cada medición. La versión española está validada por Lázaro y cols.¹⁸:

Intensidad del dolor. Medida mediante la VAS, el paciente expresa gráficamente su experiencia del dolor sobre una línea continua numerada del 0 al 10 por la parte posterior y milimetrada, de forma que el paciente marca sin ver el número correspondiente a la intensidad de su experiencia dolorosa

Frecuencia del dolor. Se establece según las siguientes categorías: Nunca (0), rara vez (1), frecuentemente (2), muy frecuente (3) y continuo (4).

El dolor que no aparece nunca se le valora como (0), si aparece durante episodios de menos de una hora al día (todos los días) o menos de 2 días a la semana (aunque la duración del episodio doloroso sea superior a una hora) se valora como (1); el dolor que persiste por espacios inferiores a 6 horas al día se sitúa como (2) en la escala y como (3) si la duración del dolor diaria es superior a 6 horas sin llegar a abarcar todo el día; por fin, al dolor continuo se le da un valor de (4).

Consumo de fármacos. Se recogieron los datos referentes a los fármacos que tomaba el paciente para aliviar su dolor así como los asociados para evitar efectos secundarios de los fármacos (protección gástrica fundamentalmente) y los del propio dolor (ansiolíticos, miorrelajantes, etc.). Se recogió su nombre comercial, vía de administración y dosis. La valoración es: ningún fármaco (0), ocasional (1), regular (2), muchos (3), muchísimos (4); imposible (+1).

Cuando el paciente toma tal cantidad de fármacos que no es capaz de recordar o sobrepasa la cantidad del rango terapéutico se le asigna un valor de 4. Si el paciente toma a diario más de dos fármacos por el motivo de consulta se le da un valor de 3. Cuando la ingesta es de 2 fármacos al menos de forma continuada (a diario) se le valora como 2. Si toma fármacos de forma esporádica se le da el valor 1. Un valor 0 sería la ausencia total de ingesta de fármacos.

Discapacidad (capacidad de autocuidados). Con los siguientes valores: ninguna (0), ligera (1), moderada (2), necesita ayuda (3), total (4); incapacidad laboral (+1). Valoradas según la localización del proceso.

Sueño. Este indicador tiene su referencia en las horas de descanso, principalmente nocturno, relacionándolo con la aparición de algias, de forma que solo afecta a la puntuación si el paciente no logra conciliar el sueño sólo y exclusivamente por dolor. La valoración es la siguiente: normal (0), despierta a veces, ocasionalmente (1), despierta una vez en la noche (2), despierta dos veces o más (3), insomnio (4); sedantes (+1).

Coste de fármacos

En el consumo de fármacos se midieron

Dosis diaria de fármacos de los siguientes grupos terapéuticos: A02B1 (antihistamínicos H2), A02B2 (inhibidores bomba protones), M01A (antiinflamatorios y antirreumáticos), M01A2 (antiinflamatorios asociados entre sí), M01B (combinaciones antirreumáticos con corticoides), M02A (antiinflamatorios tópicos), M03B1 (miorrelajantes), M05A (enzimas antiinflamatorias y otros productos), N02A (analgésicos narcóticos), N02B (analgésicos

no narcóticos), N02C (antimigrañosos), N05B (ansiolíticos e hipnóticos).

Coste medio/día de todos los medicamentos tomados de los subgrupos citados, calculado según la suma del PVP de los mismos (dosis/día).

Para el análisis de coste se utilizó el coste medio/día/paciente antes y después de la intervención así como el coste total.

Coste de acupuntura

La media de sesiones aplicadas a la población en estudio ha sido de $7,1 \pm 3,7$. El tiempo de duración de la sesión es de 20 minutos. El coste de la aguja de acupuntura es de 0,04 € y la media de agujas por sesión es de 6. La capacidad de la UTD permite realizar de 35 a 40 sesiones diarias.

Resultados

De junio de 1999 a agosto de 2000 se estudiaron 226 enfermos (82,53% del sexo femenino) de entre 20 y 89 años de edad, derivados por sus médicos de cabecera a la Unidad del Dolor y dados de alta con al menos tres sesiones de acupuntura. Los motivos de consulta más frecuentes están registrados en la tabla 5.

Se trató cada uno de los procesos por separado aunque su valoración de calidad de vida y coste farmacéutico se valoró al final del último proceso. En total se han dado 193 altas por mejoría (85,4%), 27 por no modificación de la sintomatología (12%) y 6 abandonaron el tratamiento (2,6%).

En todos los componentes de la calidad de vida se produjo una mejoría significativa antes y después del tratamiento (tabla 3).

Los costes medio/día por paciente se han reducido de 1,63 € a 0,28 € después del tratamiento. Del mismo modo el coste total /día pasa de 374,71 € a 64,58 € (tabla 4).

El coste medio de la sesión de acupuntura (sin incluir capítulo I) es aproximadamente de 0,24 €, y el del tratamiento completo por paciente es de 1,70 €. Las sesiones suelen ser semanales, por lo que las 7 sesiones de tratamiento como media equivalen a menos de dos meses de tratamiento (50 días). Para averiguar el coste medio/día habría que dividir el coste de material del tratamiento (1,70 €) por 50 = 0,03 €.

Discusión

La valoración del dolor como indicador de resultados es un problema complejo por la gran subjetividad que conlleva. Intentando obviar éste problema se ha realizado

una evaluación antes y después del tratamiento, añadiéndole como dato objetivo el consumo de fármacos. Somos conscientes del sesgo del observador ya que el mismo personal que trata al paciente es quien lo ha evaluado en este caso. No creemos que pueda existir un sesgo de selección ya que se estudiaron a TODOS los pacientes tratados con al menos tres sesiones durante el periodo señalado.

Evaluar un tratamiento que es difícil de sistematizar se convierte en una dificultad añadida a la técnica en sí misma, una técnica quirúrgica que impide llevar a cabo el gold Standard del ensayo randomizado doble ciego. Existen pocos estudios que evalúen positivamente la efectividad y eficiencia de la acupuntura como terapia no convencional en el tratamiento del dolor crónico benigno^{9,10}. Otros, como la revisión sistemática llevada a cabo por Ezzo y cols.¹⁹ Que demuestran, después de analizar 51 estudios, que la acupuntura es más eficaz que el no tratamiento para el dolor crónico. Y otros análisis arrojan datos contradictorios, como es el ejemplo del meta-análisis²⁰ efectuado por Riet y cols.

Conscientes de la falta de ensayos clínicos de calidad el equipo que redacta este artículo ha concluido un ensayo clínico financiado por el Servicio Andaluz de Salud (192/99) sobre la efectividad de la acupuntura en la artrosis de rodilla cuyos resultados esperamos dar a conocer en breve. Así mismo hemos comenzado otro ensayo en Cervicalgias crónicas con seguimiento a largo plazo.

En cuanto al indicador del coste medio por farmacia y día se ha supuesto que durante todo el proceso del tratamiento se produce el mismo coste diario, si contemplar la variabilidad que pudiera tener a lo largo del proceso, con lo cual este indicador no quiere expresar la disminución total del gasto de farmacia sino que refleja un intento de expresar en cifras la disminución de fármacos que se produce al aplicar esta terapia.

Aunque con esta corta serie de casos no hemos podido valorar la yatrogenia producida por las terapias convencionales, por el corto periodo de tiempo y el número de casos, si están bien documentadas y por tanto al disminuir la dosis de forma indirecta estamos disminuyendo las complicaciones.

Se han descrito últimamente múltiples efectos adversos de la acupuntura, desde infecciones hasta cuadros de muerte²¹, pero pensamos como otros autores¹¹ que son derivados del uso de material no desechable, falta de asepsia y mala praxis; en nuestro caso el material utilizado es de un solo uso poniendo en práctica protocolos de organización y funcionamiento en la unidad que permite ofertar una atención de calidad. Con una media de más de 500 sesiones de acupuntura al mes (3.000 punturas al mes) todavía no se ha registrado ningún

caso de infección por puntura, ni neumotórax, ni tapo-namiento cardíaco.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que la introducción y desarrollo de la acupuntura en el Centro de Salud de Dos Hermanas ha permitido: ofertar a los pacientes, con intolerancia o reacciones adversas a los fármacos, otra técnica médica terapéutica que mejora su calidad de vida y disminuye el gasto farmacéutico con criterios de racionalización, y contribuye a reducir la incapacidad tanto laboral como familiar.

Por último decir que éste tipo de estudio nos permite valorar las posibilidades que puede tener esta terapia en un futuro y plantear otro tipo de diseño que nos posibilite concluir en cuanto a la efectividad de la técnica frente a otro tipo de terapias.

Bibliografía

1. Cheatum DE, Arvanitakis C, Gumpel M, Stead H, Geis GS. An endoscopic study of gastroduodenal lesions induced by nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Clin Ther* 1999; 21: 992-1003.
2. Aabakken L. Small-bowel side-effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 383-8.
3. Lad R, Armstrong D. Management of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastroduodenal disease by acid suppression. *Can J Gastroenterol* 1999; 13: 135-42.
4. Lanas A, Hirschowitz BI. Toxicity of NSAIDs in the stomach and duodenum. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 375-81.
5. NIH Consensus Conference. Acupuncture. *JAMA* 1998; 280: 1518-1524.
6. Eisenberg DM, Davis R, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Rompay MV et al. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up National Survey. *JAMA* 1998; 280: 1569-1575.
7. Sriwatanakul K, Kelvie W, Lasagna L, Calimlim JF, Weis OF, Mehta G. Studies with different types of visual analog scales for measurement of pain. *Clin Pharmacol Ther* 1983; 34: 234-39.
8. Melzack R: The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987; 30: 191-197.
9. Berman BH, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V et al. A randomised trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* 1999; 38: 346-54.
10. Patel M, Gutwiller F, Paccoud F, Marazzi A. A meta-analysis of acupuncture for chronic pain. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 900-6.
11. Yamashita H, Tsukayama H, Tanno Y, Nishijo K. Adverse events in acupuncture and moxibustion treatment: a six-year survey at a national clinic in Japan. *J Altern Complement Med* 1999; 5: 229-36.
12. Carlsson CP, Sjolund BH. Acupuncture and subtypes of chronic pain: assessment of long-term results. *Clin J Pain* 1994; 10: 290-5.
13. Irmich D, Behrens N, Molzen H. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and «sham» laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ* 2001;322:1-6.
14. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C. Pain assessment (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
15. Price DD, McGrath PA, Rafii A. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures in chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17: 45-56.

16. Price DD. Psychological and neural mechanisms of pain. New York: Raven, 1988.
17. Yarnitsky D, Sprecher E, Zaslansky R. Multiple session experimental pain measurements. *Pain* 1996; 67: 327-33.
18. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R. The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assessment* 1994; 10: 141-51.
19. Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000; 86: 217-25.
20. Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. Acupuncture and chronic pain: a criteria-based meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 1990; 43: 1191-9.
21. Ernst E, White A. Life-threatening adverse reactions after acupuncture? A systematic review. *Pain* 1997; 71: 123-6.

ORIGINAL

¿Estamos quemados en Atención Primaria?

Pardo Álvarez J¹, López Herrero F¹, Moriña Macías M¹, Pérez Collado M², Freire Pérez P³, Fernández Leal R¹.

¹ Médicos de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva, ² Diplomada universitaria en enfermería. Centro de Salud Los Rosales. Huelva, ³ Médico de Familia. Centro de Salud Punta Umbría. Huelva.

¿ESTAMOS QUEMADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Objetivo: Valorar la presencia del síndrome de desgaste profesional y la sintomatología sugestiva entre los trabajadores de Centros de Salud del distrito sanitario.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Centros de Salud de zona urbana y rural.

Población o muestra: Profesionales de dichos centros que contestaron a la encuesta (n=95).

Mediciones e intervenciones: Distribuímos cuestionarios entre todos los profesionales de dichos centros que incluía datos de filiación, Maslach Burnout Inventory (MBI), apreciación de posibles alteraciones físicas o psíquicas en relación con su trabajo, y grado en que los problemas laborales afectaban a su vida familiar.

Resultados: Porcentaje de respuesta del 72%. Datos de filiación: Hombres 40%, mujeres 60%. Edad media 40,7 años. El 37% eran médicos de familia, 5,2% pediatras, 29,47% enfermeros, 6,3% auxiliares y el 22,03% administrativos-celadores. Los datos obtenidos en las tres subescalas del MBI en relación con el porcentaje de trabajadores que pertenecen a cada grado fueron: Agotamiento emocional (AE) en grado bajo 12,9%, en medio 25,8% y alto 61,29%; para la Despersonalización 4,3% en grado bajo, 15,21% en grado medio y 80,43% grado alto; en Logros personales 92% en grado bajo, 4,3% en medio y 3,2% en grado alto. El 45,26% presentaba alteraciones físico—psíquicas que relaciona con su trabajo: 65,11% ansiedad-estrés, 13,95% cefaleas, 13,95% afectaciones osteoarticulares, y depresión el 6,97%. Consideraban que sus problemas laborales afectaban su vida familiar «nada» un 29,47%, «un poco» 30,52%, «moderadamente» 32,63% y «bastante» 4,2%.

Conclusiones: Adecuado grado de respuesta. Alto grado de desgaste profesional en todas las subescalas. Alto porcentaje de atribución de sintomatología preferentemente psíquica a la actividad laboral. Relativa baja influencia apreciada sobre vida familiar. Necesidad de intervención y prevención sobre este desgaste de los profesionales.

Palabras claves: Desgaste profesional. Síndrome Burnt-out. Atención Primaria.

Correspondencia: Jesús Pardo Álvarez. Apartado de correos 524. 21080. Huelva.
Correo electrónico: jeparedes@teleline.es.

Teléfono y fax: 959 243 069

Recibido el 25-03-2002; aceptado para su publicación el 14-06-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 245-250

DO PRIMARY CARE PROFESSIONALS SUFFER FROM BURN OUT?

Goal: To evaluate the existence of professional burnout and its symptoms among staff of Health Centers in a Spanish health district.

Design: Descriptive, cross sectional study.

Setting: Urban and rural Health Centers.

Population and sample: Professionals from those health centers who replied to a questionnaire (n=95).

Interventions: Questionnaires were distributed among all professionals employed in the above mentioned Centers. Information obtained included personal data, Maslach Burnout Inventory (MBI), perceived symptoms of possible physical or psychological problems with regard to their work, and the degree to which work problems affected their personal or family life.

Results: Percentage of response was 72%. Personal data: 40% male and 60% female, average age 40.7 years. 37% of the respondents were general practitioners, 5.2% were pediatricians, 29.47% were nurses, 6.3% were nurses' aids, and 22.03% were administrative or maintenance staff. Data obtained from the three MBI subscales regarding the percentage of workers in each level showed: low grade emotional fatigue 12.9%, middle grade 25.8% and high grade 61.29%; figures for depersonalization showed 4.3% low grade, 15.21% middle grade and 80.43% high grade; figures for personal achievement showed 92% in low grade, 4.3% in middle grade and 3.2% in high grade. 45.26% of the respondents believed they suffered from work-related physical or psychological problems: 65.11% stress-anxiety; 13.95% headaches; 13.95% osteoarticular problems; and 6.97% said they suffered from depression. 29.47% felt that problems in their workplace didn't affect their private life «at all»; 30.52% felt that work problems did affect their private life «a little»; 32.63% felt «somewhat» affected by them and 4.2% felt they did so «considerably».

Conclusions: Adequate level of response. High degree of professional burnout in all the subscales. High percentage attributed symptoms, largely psychological, to work-related activity. Relatively low influence on private or family life. Need for intervention in and prevention of professional burnout.

Key Words: Professional burnout. Burn-out syndrome. Primary Care.

Introducción

Los profesionales sanitarios nos enfrentamos en nuestro trabajo diario a numerosos riesgos de diversa índole y graves consecuencias para nuestra salud, pero quizás el más peligroso para la misma, por la dificultad de su tratamiento y que a su vez no es «transmitido» por el usuario, es el deterioro de nuestra capacidad como profesionales y el desgaste personal que este «temido» síndrome nos ocasiona, nos referimos al conocido como «Síndrome del desgaste profesional», «Síndrome de Tomas» y en terminología anglosajona como «Síndrome del burnout»^{1,2}. Aunque en principio el término se empleaba para definir a atletas o deportistas, que en contra de sus expectativas no conseguían los resultados para los que se habían preparado, si contemplamos la situación de los profesionales que trabajamos en la Atención Primaria de nuestro país comprenderemos porqué desde 1974 Freudenberg³ y posteriormente Maslach⁴, comenzaron a utilizarlo para definir una situación, ya entonces, cada vez más frecuente, entre los trabajadores sanitarios que tras un tiempo de dedicación terminaban «quemándose».

Siguiendo a Maslach y Jackson⁵ definiremos el «Síndrome del desgaste profesional» (SDP), como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar, de esta forma encontramos las tres dimensiones que tiene el SDP y que son evaluadas por las escalas que lo valoran: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Se manifiesta por variada sintomatología que afecta tanto a nivel somático como cognitivo, conductual y emocional, originando tanto malestar personal como deterioro social y profesional. El grave peligro del SDP es que se trata de un proceso continuo, que pasando por diferentes fases, normalmente hace que los afectados o los que estén en riesgo de padecerlo lo nieguen, lo cual impide más aun su tratamiento y prevención. Hoy día, dada la situación por la que atraviesa «nuestra» Atención Primaria, rodeada de factores estresantes, es un verdadero caldo de cultivo para que el SDP avance como un reguero de pólvora por toda la geografía sanitaria, y los diversos estudios realizados^{6,7,8,9,10,11} así lo atestiguan. Como afirman varios autores¹² lo fundamental del SDP es reconocer su presencia para de esta manera poder atajarlo, ya que si negamos su existencia o achacamos sólo al nivel institucio-

nal la necesidad de prevenirlo o tratarlo, nunca podremos solucionar esta situación y continuaremos dando la espalda a un verdadero problema de «auto-salud pública».

Por ello, hemos pretendido conocer mediante el presente trabajo cual era la situación de la Atención Primaria de la provincia de Huelva, si el SDP se encontraba ya entre nosotros, y en qué grado «estamos quemados», así como qué problemas nos acarrea en nuestra vida laboral y personal, y qué podríamos hacer para comenzar «apagar» este fuego antes que él mismo nos apague a nosotros como profesionales de la salud en Atención Primaria.

Sujetos y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal, para el que realizamos un muestreo aleatorio por conglomerados entre los centros de salud del Distrito Huelva-Costa de la provincia de Huelva, determinando con ello a 132 profesionales de atención primaria, pertenecientes a tres centros urbanos y tres centros rurales, a los que se les hizo llegar la encuesta a través de los coordinadores de formación continuada de los centros, haciéndoles ver que no se trataba de una encuesta institucional, que pudiera sesgar sus resultados. Recibimos un total de 97 encuestas, de las que fueron rechazadas 2 por mala cumplimentación, lo que hacen que el total de profesionales evaluados fuera de 95.

La encuesta era anónima y elaborada por el equipo investigador, contenía:

- Datos de filiación: edad, sexo, profesión.
- Características de su labor profesional: medio de trabajo, años de profesión, horario de trabajo, realización de guardias, distancia del domicilio al trabajo, tipo de contrato.
- Problemas físicos o psíquicos que achaquen al trabajo o existencia de accidentes o bajas en los últimos años que tuvieran relación con el mismo; así mismo indicasen la posible afectación de los problemas laborales en su vida particular o familiar.
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario autoadministrado de 22 ítems (Figura 1), que valora mediante escala de Liker los sentimientos y actitudes profesionales y que está diseñado para valorar las tres subescalas del SDP: Agotamiento emocional (AE) que consta de 9 ítems que valoran la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas de trabajo, la subescala de despersonalización (DP) está constituida por 5 ítems midiendo el grado de frialdad y de distanciamiento relacional y la subescala de realización personal (logros personales) (LP) se compone de 8 ítems evaluando sentimientos de autoeficiencia, competencia y consecución de objetivos personales. La obtención de altas puntuaciones en AE y DP así como bajas en LP se correlacionan con la presencia del SDP, incluimos los niveles aceptados para cada subescala (Figura 1).
- Factores atenuadores: determinasen qué cosas podían realizarse para mejorar la situación y disminuir los síntomas del SDP, eligiendo 5 entre 10 sugerencias elaboradas por el equipo investigador y añadiendo ellos las que se le ocurriesen. (Figura 2).

Todos los datos obtenidos fueron tabulados mediante la base de datos del programa EPI-INFO 6.0, procediendo con el mismo a su análisis estadístico.

Frecuencia

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

	Frecuencia (0-6)
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	
Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
Me siento "quemado" por mi trabajo	
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
Me siento muy activo	
Me siento frustrado en mi trabajo	
Creo que estoy trabajando demasiado	
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes	
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
Me siento acabado	
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	

Valores para las tres subescalas del Maslach Burnout Inventory:

	BAJO	MODERADO	ALTO
AGOTAMIENTO EMOCIONAL (9 ítems)	=< 18	19-26	=>27
DESPERSONALIZACIÓN (5 ítems)	=< 5	6-9	=>10
LOGROS PERSONALES (8 ítems)	=< 33	34-39	=>40

Figura 1: Cuestionario Maslach Burnout Inventory(MBI)

De estas diez sugerencias para disminuir el estrés laboral, señala las cinco que consideras de más importancia y eficacia, luego puedes sugerir todas las que se te ocurran. Gracias

- Disminuir el número de pacientes por día
- Determinar las funciones del equipo
- Mejorar nuestra formación en autocontrol emocional y técnicas de relajación
- Disminuir la burocracia en la consulta
- Determinación de objetivos claros, teniendo en cuenta la opinión del equipo
- Mejorar formación en Entrevista clínica
- Mejora las relaciones con el 2.º nivel
- Aumentar los minutos por visita
- Aprovechar mejor el tiempo de formación continuada
- Mejorar las relaciones en el equipo

Figura 2: Factores atenuadores

Resultados

El porcentaje de respuestas fue del 72%, pues de las 132 encuestas enviadas se recibieron 97, siendo desechadas 2 por no contener correctamente cumplimentados los datos del MBI, por lo que no podían ser evaluadas, resultando una muestra total de 95 profesionales sanitarios. Las que no fueron enviadas, pertenecían a todos los centros en pequeños porcentajes, ninguno superior al 5% de los miembros de sus equipos. En cuanto a los datos de filiación el 40% eran hombres y el 60% mujeres, con edades medias 44,6 +2,3 años y 40,7+5,1 respectivamente. Según el estamento profesional el 37% eran médicos de familia, 5,2% pediatras, 29,47% diplomados en enfermería, 14,73% auxiliares administrativos, 6,3% auxiliares de enfermería y el 7,3% celadores-conductores. El 52% trabajaba en el medio urbano y un 48% en el medio rural, con una distancia media entre su hogar y el domicilio de 14,2 kilómetros. La media de tiempo ejerciendo la profesión era de 14,7 años, aunque el tiempo de trabajo en el centro actual era de 6,28 años, ya que el 54,73% era propietario de la plaza ocupada y el 45,27% era interino. El 40% realizaba guardias de 24 horas, y el 20% tenía una jornada de tarde a la semana. No encontramos correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de desgaste profesional, coincidiendo con trabajos nacionales^{8,9,10}.

En cuanto a la aparición de alteraciones físicas-psíquicas que ellos relacionasen con su trabajo, el 45,26% las referían, destacando en el 65,11% ansiedad y estrés, cefaleas en el 13,95%, dolores y afectaciones osteoarticulares en un 13,95% y depresión el 6,97% (Tabla 1). Todo

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CLASIFICACIÓN EN SUBESCALAS DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY

SUBESCALA MBI	GRADO BAJO	GRADO MEDIO	GRADO ALTO
Agotamiento emocional	12,9%	25,8%	61,29%
Despersonalización	4,3%	15,21%	80,43%
Logros personales	92%	4,3%	3,2%

ello había ocasionado bajas de más de 15 días de duración en el 3,8% de los encuestados. Cuestionados sobre si esos problemas laborales afectaban a su vida familiar el 29,47% consideraba que «para nada», un 30,52% refería que «un poco», el 32,63% pensaban que esta afectación era «moderada» y en el 4,2% «bastante».

Analizando los datos del MBI, encontramos como para la subescala de agotamiento emocional el 12,9% presentaba un grado bajo, el 25,8% un grado medio y el 61,29% un grado alto, con una puntuación global media de 32+4; para la subescala de despersonalización un 4,3% estaba en grado bajo, un 15,21% en grado medio y un 80,43% en grado alto, con unos valores medios de 17+

3,2; y en la subescala de logros personales el 92% de los participantes registraron puntuaciones que les encuadra en el rango de grado bajo, un 4,3% en grado medio y el 3,2% en grado alto, obteniéndose un valor medio de 25+5 para dicha subescala (Tabla 2). Si comparamos los da-

TABLA 2
ALTERACIONES FÍSICO-PSÍQUICAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO

Ansiedad y estrés	65,11%
Cefaleas	13,95%
Dolores osteoarticulares	13,95%
Depresión	6,97%

tos obtenidos en nuestro estudio con los datos de los estudios nacionales realizados en atención primaria^{6,7,8,9,10,11} (Tabla 3), encontramos un alto porcentaje de

TABLA 3
PREVALENCIA DE NIVELES ALTOS DE BURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA: COMPARACIÓN PORCENTAJES DE ALTA PUNTUACIÓN EN SUBESCALAS OBTENIDA EN TRABAJOS NACIONALES

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Logros personales
Huelva	61,29%	80,43%	92%
Zaragoza (6)	59,7%	36,1%	31,2%
Tenerife (8)	41,5%	39,8%	47,1%
Madrid (10)	30,6%	31,2%	24,2%
Asturias (9)	38,9%	33,8%	36%
Caceres (11)	34%	28%	48%

síndrome de desgaste profesional en los estudiados en nuestra provincia, y que para las tres subescalas existen diferencias significativas ($p < 0,01$). Por estamentos los médicos presentaron las puntuaciones más altas en las tres subescalas del MBI, mientras los DUE y auxiliares sus valores más elevados estaban en agotamiento emocional y logros personales.

Las cinco circunstancias más indicadas por los encuestados que pueden contribuir a ser la causa del SDP y que tenidas en cuenta podían disminuir su presencia son: «disminuir la burocracia que se desarrolla en el trabajo diario» señalado por el 85,26%, «que la organización determinara sus objetivos teniendo en cuenta nuestras sugerencias» fue señalada por el 64,21%, «disminuir el número de pacientes por día» elegido por el 62,10%, «determinar en cada equipo las funciones de cada estamento «en un 55,78%, «aumentar los minutos de la visita por paciente» en el 47,36% (Figura 3).

Discusión

El Síndrome del desgaste profesional presenta una muy elevada presencia entre los profesionales sanitarios de atención primaria de nuestra provincia. A pesar de que este fenómeno aparece recogido en diversos trabajos desarrollados en el mismo medio y en puntos muy dispersos de la geografía española (Tenerife, Zaragoza, Asturias, Madrid, Cáceres^{6,7,8,9,10,11}, los datos obtenidos en

- Disminuir la burocracia en la consulta, 85 %
- Determinación de objetivos claros, teniendo en cuenta la opinión del equipo, 64 %
- Disminuir el número de pacientes por día, 64 %
- Determinar las funciones del equipo, 55 %
- Aumentar los minutos por visita, 47 %

Figura 3: Porcentajes más elegidos como factores atenuadores del Desgaste profesional

las tres subescalas del MBI de nuestra muestra, nos indican que las puntuaciones corroboran un estado actual de «estar realmente quemados», lo que supone un verdadero peligro para el futuro de la Atención Primaria, considerando que nosotros como factor humano del sistema, somos la pieza fundamental para su desarrollo y productividad, y que si se mantienen estas tasas de desilusión, desmotivación y deshumanización, las administraciones sanitarias deben de dejar de preocuparse tanto de costes y presupuestos, y poner todo su interés en solucionar y prevenir este verdadero problema.

La tasa de respuesta obtenida en el trabajo parece adecuada y es algo mayor que los trabajos reseñados^{8,9,10,11}, que dada la situación que después reflejan los resultados, pensamos que el profesional a pesar de su estado, muestra adecuado interés para que se conozca la situación de desgaste y este pudiese solucionarse. Nuestra muestra incluye el estado de desgaste tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios de nuestros centros. La situación actual de los profesionales de atención primaria de Andalucía queda reflejada en los datos sociodemográficos de nuestra muestra, predominando el sexo femenino con edades medias de la cuarta década, que aunque tienen elevada experiencia desde que acabaron sus estudios académicos presentan una precariedad en sus puestos de trabajo, con elevados índices de interinidad e inseguridad en los mismos, más si tenemos en cuenta que nuestro trabajo se realizó cuando aún no había concluido la primera convocatoria de concurso oposición que se desarrolla en nuestra comunidad en los últimos trece años, dato que los encuestados reflejan en alto porcentaje en el cuestionario de factores que impliquen su estado actual respecto al SDP. En este mismo queda recogido como los profesionales indican factores que pudiesen atenuar el SDP, y que tienen implicación directa a nivel institucional: aumento del tiempo de atención a nuestros pacientes, disminución de los cupos, desburocratización de la asistencia, mejorar el clima de trabajo en nuestros centros y su relación con el segundo nivel, posibilidad de una estabilidad profesional. Los factores personales de mejora del autocontrol emocional, de la capacitación en entrevista clínica y de mejorar la colaboración entre los profesionales del equipo, también requieren de la colaboración por parte de la organización sanitaria, que defina los papeles de los profesionales y aumente los recursos en una verdadera formación conti-

nuada que atienda estas necesidades de capacitación personal en estos temas. Obtenemos tasas elevadas del SDP a pesar de que en la muestra sólo un 40% realiza guardias de 24 horas y de que la distancia de los centros de trabajo a sus domicilios no parece muy elevada, que clásicamente eran indicadas como causa determinantes del deterioro profesional⁹.

Objetivamos también la repercusión importante que estos problemas laborales comienzan a tener en la vida personal y familiar de los profesionales, que también «se quema», y por otra parte impide la labor de desaturación que nuestra intimidad personal ocasiona en la profesional, y que pone en peligro ese balón de oxígeno que al salir de nuestros centros debemos encontrar en nuestras casas, cuando un 37% refiere esta afectación. Por otra parte la salud físico-psíquica de los sanitarios presenta un grado importante de afectación por causas laborales o que ellos achacan a su trabajo, destacando como la salud mental muestra una relación directa con el SDP, ya que dentro de la sintomatología del síndrome presenta el mayor porcentaje con ansiedad, estrés y depresión entre los mismos. A su vez entre las causas de bajas, de más de 15 días de duración, por motivos laborales la depresión es su mayor origen. Como se recoge en la bibliografía¹⁴, los profesionales con alto índice de desgaste profesional presentan rasgos de personalidad más inestables (baja estabilidad emocional, tensión y ansiedad), y sería interesante favorecer las estrategias de afrontamiento del estrés entre los profesionales de atención primaria.

Por todo ello pensamos es el momento de iniciar un proceso interno de análisis en los equipos de atención primaria, para conocer nuestra situación, valorar las causas del SDP, y comenzar a implicar en su solución no sólo a las Administraciones Sanitarias, que normalmente hacen hasta ahora caso omiso del tema, sino a nuestras Sociedades Científicas (semFYC, SEMERGEN.) y a los Sindicatos profesionales, que podrían poner en marcha un programa más amplio de prevención y tratamiento del SDP, como ya sugiere Saura(15), y por supuesto la motivación de los propios profesionales con el apoyo de sus equipos, para evitar que «ardan» los muchos años de trabajo realizados por la atención primaria de nuestro país, volviendo a iniciar una nueva época con la misma ilusión y empeño.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen la colaboración y sinceridad mostrada por todos aquellos trabajadores de nuestros Centros de Salud, que a pesar de «toda» la presión que soportan, respondieran a nuestra petición.

Bibliografía

1. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1991; 21: 257-265.
2. Gervás JJ, Hernández LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 572-575.
3. Freudenberger H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-165.
4. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. Paper presented at the meeting of American Psychological Association. San Francisco 1977.
5. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
6. Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
7. Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo I. El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994; 670-676.
8. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid: Monografía de Laboratorios Servier, 1997.
9. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral en los médicos de Atención Primaria en Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.
10. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 313-317.
11. Prieto L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 444-445.
12. Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5: 493-503.
13. Kirvan M Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 259-260.
14. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-468.
15. Saura Llamas J. ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? *Jano* 2000; 59: 63.

ORIGINAL

Situación actual de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los presos de la cárcel de Albolote (Granada)

Rodríguez Martínez A¹, Cabrerizo Gómez JA¹, Máiquez Pérez A¹, Antón Basanta JJ¹, Ruiz Rodríguez F¹, Amaya Ortega F¹.

¹ Centro de Salud (Servicio Médico) de la Prisión de Albolote de Granada.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS PRESOS DE LA CÁRCEL DE ALBOLOTE (GRANADA)

Objetivo: Describir la situación en cuanto a prevalencia y factores de riesgo de la población reclusa de la prisión de Albolote con respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) y virus hepatotropos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de la prisión de Albolote.

Población: Toda la población reclusa de la prisión de Albolote presente a fecha 15 de diciembre de 2001. (1453 internos).

Intervenciones: Se obtuvieron datos referidos a la seropositividad al V.I.H., edad, sexo, vías de transmisión del V.I.H., diagnóstico de caso S.I.D.A (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), serología de virus hepatotropos de la historia clínica personal de cada paciente.

Se determinaron las frecuencias relativas de los distintos valores de las variables descritas.

Resultados: Prevalencia de seropositividad al V.I.H.: 13.489%. Prevalencia de casos S.I.D.A.: 2.477%. La vía de infección mayoritaria es la transmisión parenteral asociada al uso de drogas intravenosas (U.D.I.): 188 casos (96%). La proporción de enfermos de S.I.D.A. entre seropositivos al V.I.H. alcanza el 18.36% de forma global, correspondiendo al 18.75% en hombres y 15% en mujeres. La enfermedad indicativa de S.I.D.A. más frecuente fue la tuberculosis (80%).

Conclusiones: En la población estudiada se mantienen las tendencias con respecto a la vía de infección y causa de enfermedad indicativa de caso S.I.D.A. descritas en la epidemiología de la infección V.I.H. en las poblaciones marginales.

Palabras clave: Seropositividad VIH, infecciones VIH, estudios epidemiológicos, reclusos.

CURRENT SITUATION REGARDING HIV INFECTION AMONG PRISONERS IN A SPANISH JAIL (ALBOLOTE, GRANADA)

Goal: Evaluate the situation regarding HIV seroprevalence and risk factors among prisoners in the Albolote Jail with regard to infection by the Human Immunodeficiency Virus (H.I.V.) and hepatotropic virus.

Design: Cross sectional descriptive study.

Setting: Health Center in the Albolote Correctional Facility.

Population: The entire correctional population in the Albolote jail as of December 15, 2001 (1.453 inmates).

Interventions: Data was gathered from each patient's personal clinical history on HIV positivity, age, sex, HIV transmission routes, diagnosis of AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) cases, and serology of the hepatotropic virus. Relative frequencies for the different values of each of the described variables were calculated.

Results: Prevalence of HIV seropositivity: 13.489%. Prevalence of AIDS cases: 2.477%. The main transmission route is through blood associated with intravenous-drug use (IVDU): 188 cases (96%). The proportion of AIDS cases among those who were HIV positive reached 18.36% overall, 18.75% among men and 15% among women. The illness that most frequently served as an indicator for AIDS (80%) was tuberculosis.

Conclusions: In the population under study, tendencies regarding the route of infection and cause of illness indicative of AIDS were maintained in accordance with those described in the epidemiology of HIV infection among marginal populations.

Key words: HIV Positivity, HIV Infections, Epidemiologic Studies, Prisoners.

Correspondencia: A. Rodríguez Martínez. Carretera de Granada a Colomera. Km. 6, 18. 18220. Granada. Correo electrónico: arm3@samfyc.es.

Teléfonos: 958 537 244. Fax: 958 5377 243.

Recibido el 10-04-2002; aceptado para su publicación el 26-07-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 251-254

Introducción

Epidemiológicamente la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida afecta más a grupos de población de riesgo social que, tradicionalmente, no se benefician de los programas de salud de los servicios sanitarios a causa de sus condiciones socio-sanitarias desfavorables¹.

Entre estas condiciones se encuentran la mendicidad, prostitución, paro, escasez de ingresos, mal ambiente familiar, toxicomanías, tráfico de drogas, trastornos del comportamiento, falta de motivación para la educación. Todas ellas conllevan o pueden conllevar un mal uso de los sistemas de salud, la trasgresión de la ley y el ingreso en prisión.

A la hora de enfrentarnos a la realidad de la infección por el V.I.H. uno de los aspectos fundamentales es la actitud del profesional sanitario hacia la homosexualidad, prostitución, promiscuidad sexual, emigración y usuarios de drogas, prácticas de riesgo habitualmente asociadas con la transmisión de este virus².

También hay que tener en cuenta que los estudios epidemiológicos de la infección por el V.I.H. con la información exclusiva de los registros de los casos S.I.D.A. resulta incompleta, puesto que la infección por el virus tuvo lugar, según su historia natural, con bastante anterioridad, al menos varios años antes. Por ello hay que recurrir a las poblaciones centinelas¹, una de las cuales es la población penitenciaria ya que las conductas de riesgo para la infección por el V.I.H. son más frecuentes entre estos sujetos y a su vez hay mejor accesibilidad de los recursos sanitarios a la población internada en un centro cerrado.

Estas poblaciones centinelas se están utilizando en algunas comunidades autónomas en su sistema de vigilancia epidemiológica.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para conocer la situación de la infección del V.I.H. en el centro penitenciario de Albolote de Granada y su distribución por edad, sexo y vías de transmisión.

Además, entre los infectados interesaba conocer cuántos casos de S.I.D.A. según los criterios de los C.D.C. (Center for Disease Control) de 1993 existían así como porcentajes de las enfermedades indicativas de S.I.D.A. causa del diagnóstico en dicha población y su distribución por sexos.

Para ello se incluyó en el estudio a todos los sujetos presentes en el centro el 15 de diciembre de 2001.

De cada individuo se obtuvo el valor de las distintas variables calculándose posteriormente las frecuencias relativas de las mismas.

Resultados

La población total en el momento del estudio era de 1453 internos, de los cuales 1334 eran hombres y 119 mujeres.

Eran seropositivos en distintos estadios 196 personas (13,49%). De ellos, 176 eran varones (13,19%) y 20 mujeres (16,81%). Su distribución por edad y sexo se recogen en las tablas I y II respectivamente.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN POR EDADES

EDAD	VIH+	VIH-	TOTALES
< 20 Años	1	23	24
20 - 29	29	387	416
30 - 39	124	528	652
40 - 49	42	222	264
50 - 59	0	69	69
> = 60	0	28	28
TOTALES	196	1257	1453

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TABLA II
DISTRIBUCION POR SEXOS

	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTAL
Ac VIH (+)	176	20	196
Ac VIH (-)	1158	99	1257
TOTAL	1334	119	1453

Ac VIH: anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Con relación a la vía de infección, la mayoritaria es la transmisión parenteral por prácticas U.D.I. con 188 casos (95,92%). Los 8 casos restantes (4,08%) se distribuyen entre vía heterosexual con 4 casos (2,04%), transfusión de hemoderivados 1 caso (0,51%) y transmisión sexual asociada a prácticas homosexuales 3 casos (1,53%).

El tiempo transcurrido entre la primera serología positiva conocida al V.I.H. y la declaración de caso S.I.D.A. era de 6,65 años de media (79,88 meses).

Hay 36 casos de S.I.D.A., que corresponde al 2,47% de la población total. De estos casos, 33 (91,67%) eran varones y 3 (8,33%) son mujeres.

Las enfermedades indicativas de S.I.D.A. causa del diagnóstico fue en su mayoría la tuberculosis con 29 casos (80,55%), de los que 26 fueron varones y 3 mujeres. El resto de enfermedades indicativas sigue la distribución reflejada en la Tabla III.

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES INDICATIVAS DE CASO SIDA

ENFERMEDAD INDICATIVA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTALES
Tuberculosis pulmonar	26	3	29
Otras micobacteriosis	3	0	3
Neumonía por P. Carinii	1	0	1
Linfoma inmunoblástico	1	0	1
Candidiasis esofágica	1	0	1
Síndrome constitucional	1	0	1
TOTALES	33	3	36

La coinfección V.I.H. con el virus C de la hepatitis (VHC) era de 186 casos (94,90%) de los seropositivos al V.I.H. y (12,80%) de la población total. En ese momento había 436 casos (30%) de seropositividad al VHC y seronegativos al V.I.H., 72 casos con AgHBs positivo y 7 casos con marcadores simultáneos de positividad al V.I.H., VHC y AgHBs. La infección por el VHC junto a su coinfección del VHC con otros virus suma en total 629 (43,28%)

Discusión

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha definido tres patrones de transmisión de la infección VIH³; el patrón I, al que pertenecen los países de América, Europa Occidental Australia y Oceanía, las vías de transmisión principales son las de ser UDI y relaciones entre varones homosexuales. La relación hombre/mujer es de 7-10/1. A este grupo poblacional pertenece España. Últimamente se ha descrito la evolución de España hacia el patrón II, caracterizado por la vía de transmisión heterosexual en la cual la relación hombre/mujer es de 1/1, patrón que predomina en países del África Sub-sahariana y del Caribe. En la población estudiada se mantiene, no obstante, su pertenencia al patrón I. Excepto en la relación hombre/mujer que en este estudio no es 7-10/1, a favor de los hombres, sino 4/5 a favor de las mujeres. Es lógico pensar que esta interesante diferencia sea la consecuencia de una distribución más homogénea de prácticas de riesgo entre ambos sexos en la población reclusa, respecto a la población general. Este hecho a su vez probablemente sea asimismo consecuencia del fenómeno de asociación de drogodependencias (prácticas de riesgo de transmisión de V.I.H.) con delincuencia y criminalidad (ingreso en prisión).

No hemos detectado casos del patrón III, caracterizado por transmisión por relaciones sexuales entre personas provenientes de otras áreas; que pensamos, dadas las tendencias actuales de la inmigración se producirá un incremento de este patrón.

En la detección de inmigrantes infectados por el VIH, la atención primaria tendrá un papel trascendental en poco tiempo y debe de estar preparada para responder.

En 1993 hubo un cambio significativo en la definición de caso SIDA, que incluyó desde ese año la tuberculosis pulmonar como enfermedad indicativa, lo cual hizo aumentar el número de casos.

Desde 1997, debido al conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en la asistencia, pero fundamentalmente atribuible a los nuevos tratamientos antirretrovirales, el número de casos nuevos detectados ha disminuido. En cualquier

caso, el descenso en la incidencia del SIDA es un dato positivo, que indica una mejora importante en el pronóstico y calidad de vida de las personas infectadas por el VIH⁴.

Existen dos conceptos claramente diferentes: en primer lugar, las nuevas infecciones por VIH y en segundo lugar las personas vivas infectadas por VIH. Se observa que el número de personas vivas infectadas se ha incrementado, principalmente por la mejoría de la supervivencia de las personas infectadas por el efecto de los tratamientos antirretrovirales, al utilizar combinaciones de fármacos de alta potencia (HAART) con lo que la prevalencia aumenta⁴. Lo que se ha estabilizado es la incidencia de casos SIDA.

España es el país Europeo con tasas acumuladas más altas de casos SIDA^{5,6}, con un predominio de casos en usuarios de drogas por vía parenteral. Según datos de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, en 1990, con casi un 50% de los reclusos usuarios de drogas, la prevalencia de VIH entre los presos se acercaba al 30%.

Desde que se puso en marcha el registro de casos SIDA, los casos notificados en Instituciones Penitenciarias son el 11% del total del registro Español, proporción que tiene una tendencia descendente en los últimos años.

La monitorización de la prevalencia de VIH y de prácticas de riesgo en diferentes colectivos (UDIs, hombres con prácticas homosexuales, pacientes de centros de ETS, presos y otros) ponen de manifiesto que la incidencia de nuevas infecciones en estos grupos de población está disminuyendo, como se constata en el presente trabajo en relación con la cifra citada de 1990.

La incorporación progresiva a los servicios de atención a drogodependientes de la filosofía de reducción de daños y la extensión de estos programas (de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas, etc.), ha jugado un papel decisivo en este cambio.

Por otra parte, para muchas personas, la estancia en la cárcel es una oportunidad única para acceder, no sólo a tratamientos, sino también a educación sanitaria y a programas de prevención⁶.

El plan de movilización multisectorial frente al VIH-SIDA (1997-2000), aprobado en 1997, se planteó entre sus objetivos en relación con la prevención del VIH en usuarios de drogas inyectadas, además de disminuir la frecuencia de uso de esta vía y del uso compartido del material de inyección, promover la educación sanitaria y consejo sobre sexo más seguro, mediante programas de reducción de daños, incrementando la oferta y la cobertura de estos dentro y fuera de prisión⁶.

Conclusiones

En la población estudiada:

- 1.—El sexo predominante es el masculino.
- 2.—La prevalencia de seropositividad al VIH, en la fecha del estudio era del 13,49 %
- 3.—La prevalencia de casos SIDA ha sido del 2.48%.
- 4.—La enfermedad indicativa de caso SIDA más frecuente es la tuberculosis.
- 5.—La vía de transmisión de la infección VIH más frecuente es la parenteral asociada a prácticas UDIs.
- 6.—La edad predominante de los infectados por VIH es menos de 39 años.
- 7.—El tiempo medio transcurrido desde la infección a caso SIDA es de 6.65 años.
- 8.—La coinfección VIH-VHC es de muy alta prevalencia en la población seropositiva al VIH: 186 casos, (94,90%) frente a la prevalencia de infección VHC encontrada en la población total (43,28%).

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda prestada a M.^a Jesús Rosales por su información estadística para la elaboración de este trabajo.

Señalar a la población reclusa, objeto de este trabajo y al resto de personal sanitario de este Centro.

Bibliografía

1. Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J, Abós N et al. Guía práctica del SIDA, clínica, diagnóstico y tratamiento (6.^a edición); Barcelona: Ed Masson; 2000.
2. Thomas Mulet V. Zulaika Aristi D. Habilidades en la atención del paciente VIH/SIDA. *Aten Primaria* 2001, 28 (sup.1): 188-190.
3. Villacampa Castro T. Epidemiología de Enfermedades infecciosas. SIDA; Oviedo. Ed Actividades Docentes y Médicas; 1999.
4. Evolución de la epidemia de VIH y SIDA en España 1981-1999. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (<http://www.msc.es>)
5. Aguado Taberne C, García Rodríguez JN. SIDA/VIH en medicina familiar. Granada: SAMFyC; 1997.
6. Parras Vázquez, F. SIDA y prisión. Cárceles: un lugar para la prevención. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2000; 1: 1-2.

ORIGINAL

Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno

Barella Balboa JL¹, Mesa Gallardo I², Cobeña Manzorro M³.

¹ Médico general. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), ² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Beas de Segura (Jaén), ³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE NUESTRO ENTORNO

Objetivo: Averiguar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Encuesta estructurada y anónima.

Emplazamiento: un Instituto de Enseñanza Secundaria urbano.

Población y muestra: aleatoria simple de 84 alumnos de 4.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Intervenciones: Indagamos sobre conocimientos respecto al embarazo, métodos anticonceptivos y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Análisis estadístico con el programa Epi Info 6.0.

Resultados: Edad media 16.4 ± 0.73 años. 61.9% mujeres. Padres: estudios superiores (22.9%), medios (53.0%), primarios/sin estudios (24.1%). Madres: estudios superiores (14.3%), medios (31.0%), primarios/sin estudios (54.7%). Se consideran estudiantes normales (72.3%). Tienen pareja o ligue (33.7%), estable (60.7%), con grado de confianza total o bastante (82.2%). Piensan que: ser virgen (15.8%) o no llegar al orgasmo (19.3%) puede proteger del embarazo; el uso de preservativo evita ETS (90.0%); la «marcha atrás» es un método eficaz de evitar embarazos (27.1%); ponerse preservativo inmediatamente antes de «correrse» es seguro (23.1%); determinadas posturas protegen del contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (9.6%); la sola penetración bucal no transmite el SIDA (30.2%); los padres se enfadarían si los pillaran con preservativos —mujeres (42.3%), hombres (10.0%)— Fisher <0.05; lo más importante es la penetración —mujeres (15.4%), hombres (45.2%)— p<0.05, Fisher <0.05; el sexo sin penetración es igual de placentero (79.5%); el uso de preservativo permite relaciones seguras y placenteras (68.7%), pero usarlo es un «rollo» (18.1%). Los resultados obtenidos no revelaron diferencias significativas por el hecho de tener o no pareja. Tampoco revelan diferencias significativas en relación con la edad de los encuestados.

Conclusiones: Desconocimiento importante sobre el embarazo, anti-concepción y modo de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Necesidad de potenciar y fomentar actividades de educación para la salud para conseguir una sexualidad responsable y saludable.

Palabras clave: Adolescentes. Sexo. Preservativo. Educación para la salud. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Anticoncepción.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT SEXUALITY AMONG ADOLESCENTS IN OUR SETTING

Goal: To learn about the knowledge and attitudes of adolescents in our setting regarding sexuality.

Methodology: Cross sectional descriptive. Structured, anonymous survey.

Setting: An urban high school.

Population and Sample: Simple random sample of 84 students in their final year of high school.

Interventions: We inquired about their knowledge on pregnancy, birth control methods, and the prevention of sexually transmitted diseases. Statistical analysis with was done using the program Epi Info (6.0).

Results: Average age 16.4 ± 0.73 years. 61.9% female. Fathers' educational level: college degree (22.9%); high school degree (53.0%); elementary or no formal education (24.1%). Mothers' educational level: college degree (14.3%); high school degree (31%); elementary or no formal education (54.7%). They consider themselves normal students (72.3%). They steadily or occasionally date someone (33.7%), stable (60.7%) with a total or considerable degree of confidence (82.2%). They think that maintaining their virginity (15.8%) or not experiencing an orgasm (19.3%) can prevent pregnancy; that using condoms prevents getting sexually transmissible diseases (90.0%); that «pulling out» is a good way to avoid getting pregnant (27.1%); that putting on a condom just before «coming» is safe (23.1%); that certain postures can prevent the spread of sexually transmitted diseases (9.6%); that AIDS cannot be transmitted by oral sex alone (30.2%); that their parents would get upset if they found condoms in their possession —women (42.3%), men (10.0%)— Fisher Δ0.05; penetration is the most important —women (15.4%), men (45.2%)— pΔ0.05, Fisher Δ0.05; sex without penetration is equally pleasurable (79.5%); that condom use allows for safe and pleasurable relations (68.7%), but that using them is «a drag» (18.1%). The results obtained did not reveal significant differences due to having a formal partner or not. Neither did they reveal significant differences regarding the age of those surveyed.

Conclusions: An important lack of knowledge regarding pregnancy, birth control and how sexually transmissible diseases can be caught. Need to strengthen and encourage health education activities in order to attain a healthy and responsible sexuality.

Key words: Adolescents. Sex. Condoms. Health education. Sexually-transmitted diseases (STD). Birth control.

Correspondencia: José Luis Barella Balboa. Centro de Salud de Úbeda (Jaén). Avda. Chiclana de la Frontera, 29. 23400. Úbeda. Jaén. Correo electrónico: barellab@teleline.es.

Teléfono: 953 754 156

Recibido el 23-01-2002; aceptado para su publicación el 08-04-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 255-260

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años^{1,2}. En España este grupo representa una séptima parte de la población, unos seis millones de habitantes³ siendo el porcentaje de madres adolescentes aproximadamente de un 6%⁴. Hoy en día la mayoría de los adolescentes ha tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados⁵. Además, y según señalan diferentes investigaciones, los jóvenes se sienten poco preocupados por su salud y presentan poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, sintiéndose invulnerables a cualquier tipo de vivencia de riesgo, al que, por otro lado, valoran positivamente⁶.

A pesar de que casi la totalidad de alumnos (97.4%) percibe la necesidad de una educación sexual en la escuela⁷, esta manifestación no siempre es tenida en cuenta por los responsables de su planificación. A su vez la información sobre sexualidad que reciben los jóvenes suele ser desvirtuada y parcial, acabando siendo rutinaria o estereotipada y no ofreciendo la mayoría de las veces información sobre situaciones o matices o preocupaciones individuales.

Aunque hay diversos estudios descriptivos recientes sobre sexualidad y contracepción^{8,9} que intentan abarcar una muestra representativa de jóvenes de la población andaluza, los comportamientos sexuales y sobre todo, las actitudes y conocimientos sobre sexualidad pueden variar de un sitio a otro. Dado que en la atención a las necesidades de los adolescentes deben confluir no solo los que se dedican al cuidado de la salud sino también los profesionales de la educación, pensamos, junto con ellos, que sería interesante averiguar lo que saben y opinan los de nuestra zona, a fin de, a partir de ahí, establecer estrategias para intentar mejorar la información de que disponen y evitar la morbilidad en cuanto a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y embarazos no deseados.

Sujetos y métodos

Para conocer los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno realizamos en febrero de 2001 una encuesta estructurada y anónima, auto cumplimentada, previa información de los objetivos del estudio, carácter voluntario y anónimo, a una muestra aleatoria simple de 100 alumnos de 4.º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de nuestra población (ámbito urbano). El cuestionario fue elaborado basándose en otro previamente validado⁸, que tiene un coeficiente de fiabilidad alpha que, atendiendo a los distintos grupos de ítems, alcanza una media de 64. Se han usado dos tipos de preguntas, unas que exploran datos demográficos y de información general, a las que el sujeto debía responder eligiendo su respuesta entre varias opciones que se le presentaban, y otras, tipo Likert, para la exploración de conocimientos y aptitudes, que contenían enunciados ante los que el encuestado debía expresar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante la asignación de una puntuación comprendida entre 1 —totalmente de acuerdo— y 5 —totalmente en desacuerdo— (Anexo 1).

Estas encuestas fueron pilotadas aplicándose primero a un grupo reducido de adolescentes del centro de la misma edad, estimándose las respuestas y adecuando las preguntas al lenguaje de la edad y comprensión.

Se recogieron datos generales demográficos —edad, sexo— y del nivel de estudios de los padres, de opinión propia sobre su valoración como estudiante, relativos a la pareja, si es que la tenían, grado de confianza y estabilidad de la relación, y sobre conocimientos y actitudes sobre sexualidad (masturbación, relaciones sexuales, embarazo y forma de evitarlo, Enfermedades de Transmisión Sexual, uso de preservativos y otros métodos de evitación de un embarazo no deseado).

La encuesta fue pasada a los participantes en horas de clase con la colaboración del psicólogo orientador del centro, el mismo día a toda la muestra para evitar sesgos en la respuesta. Se distribuyeron los cuestionarios a todos los alumnos presentes en el aula, con el fin de mantener la confidencialidad y evitar sesgos de selección (que fueran los más motivados en el tema o los más informados los que contestaran). Antes de la distribución de las preguntas se presentó el tema y los objetivos que pretendíamos, enfatizando el carácter anónimo de las preguntas, rogándoles la máxima sinceridad y haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas, que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejaran lo que ellos pensaban. El número total de encuestas recogidas fue de 85. Un cuestionario fue desechado por presentar respuestas incongruentes, contradictorias y disparatadas.

El análisis descriptivo de los datos, tales como frecuencias absolutas, frecuencias relativas en porcentaje, tablas de contingencia y significación estadística con la χ^2 de Pearson con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher cuando fue necesario, se realizó con el programa estadístico Epi Info 6.0.

ANEXO 1

**Salud sexual en adolescentes:
estudio descriptivo****Hoja de recogida de datos**

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar los conocimientos y actitudes de los adolescentes que cursan estudios de bachillerato de nuestro entorno respecto de la salud sexual.

El cuestionario es anónimo. Para contestarlo sólo tienes que poner una señal en el ítem que creas es tu respuesta. Te ruego leas con atención las preguntas que te hacemos y las contestes con toda sinceridad.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son válidas siempre que reflejen lo que tú consideras. Gracias por tu colaboración.

Datos generales

1	Dinos tu sexo	(1)Mujer			(2)Hombre				
2	Dinos tu edad (años)	15	16	17	18	19	20	21	22
3	Estudios de la madre	(1) Superiores			(2) Grado medio		(3) Primarios o sin estudios		
4	Estudios del padre	(1) Superiores			(2) Grado medio		(3) Primarios o sin estudios		
5	Te consideras	(1) Buen estudiante			(2) Normal		(3) Mal estudiante		

Datos relativos a la pareja

6	Tienes pareja o ligue actualmente	(1) Sí			(2) No				
Si has contestado (2) "No" pasa a la pregunta número 9									
7	La consideras estable	(1) Sí			(2) No				
8	El grado de confianza con tu pareja es	(1) Total		(2) Mucho		(3) Regular		(4) Poco	(5) Nulo

Datos sobre conocimientos y actitudes sobre sexualidad

9	"La primera vez que una chica hace el acto sexual con penetración no puede quedarse embarazada porque es virgen"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
10	"Si una chica hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedarse embarazada"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
11	"La mejor forma de evitar enfermedades de transmisión sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
12	"La marcha atrás es un método muy eficaz para evitar el embarazo"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
13	"El preservativo es seguro si se coloca inmediatamente antes de correrse"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
14	"Haciendo el amor en algunas posturas se evita la posibilidad de embarazo"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
15	"Haciendo el amor en algunas posturas se evita la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
16	"El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual pueden evitarse si se usa preservativo durante toda la relación sexual con penetración"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
17	"El SIDA no se transmite en las relaciones sexuales que se limitan a la penetración bucal"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
18	"Si mis padres me pillaran con preservativos se enfadarían mucho conmigo"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
19	"Lo más importante en las relaciones sexuales es la penetración"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
20	"Las caricias, los besos, la masturbación mutua... pueden dar tanto placer como hacer el amor, sin riesgo de embarazo ni enfermedades de transmisión sexual"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
21	"Utilizar preservativos permite tener unas relaciones sexuales más seguras y placenteras"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo
22	"Usar preservativos es un rollo porque se siente menos"								
(1)	Totalmente de acuerdo		(2) Bastante de acuerdo		(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo		(4) Bastante en desacuerdo		(5) Totalmente en desacuerdo

Resultados

La edad media de los que respondieron a la encuesta es de 16.4 ± 0.73 años.

Un 61.9% son mujeres.

Los estudios de los padres especificados en superiores, medios o primarios/sin estudios se muestran en la tabla 1.

TABLA 1
ESTUDIOS DE LOS PADRES

	Estudios de los padres		
	Superiores	Medios	Primarios/sin estudios
Padres	22.9 %	53.0 %	24.1 %
Madres	14.3 %	31.0 %	54.7 %

Distribución de los padres de los encuestados según sus estudios y sexo.

El 72.3% se consideran estudiantes normales, malos estudiantes un 10.8% y buenos el 16.9%. Tienen pareja o ligue un 33.7%, considerada por ellos como estable en el 60.7%, con un grado de confianza que piensan es total o bastante en el 82.2%. Ninguno contestó que no tenía confianza con su pareja.

Respecto de las opiniones y conocimientos sobre sexualidad, el 77.1% de los adolescentes manifiestan su total desacuerdo con la afirmación de que ser virgen protege del embarazo, siendo un 15.8% de los encuestados los que piensan que ser virgen protege del embarazo. Respecto a si el hecho de no llegar al orgasmo protege del embarazo el 19.3% de ellos así lo creen. El 27.1% de los encuestados piensa que la «marcha atrás» es un método eficaz de evitar embarazos.

Preguntados sobre si determinadas posturas al hacer el amor protegen del embarazo, responden que sí el 35.4%, y que protegen de la transmisión de ETS el 9.6% —totalmente y bastante de acuerdo—. Respeto del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), preguntados por la opinión que tienen sobre la posibilidad de contagiarse con la sola penetración bucal, el 30.2% piensan que no hay tal posibilidad, el 48.2% piensa que sí y el resto dudan, sin diferencias significativas en relación con el sexo del encuestado.

Acerca del uso de preservativo, el 90.0% opinan que su uso, teniendo puesto el preservativo en toda relación sexual con penetración, evita coger una ETS y que si se pone inmediatamente antes de «correrse» es seguro (23.1%). Si los padres los pillaran con preservativos, el 42.3% de las mujeres opinan que se enfadarían mucho con ellas, mientras que los hombres tienen esa opinión el 10.0% (Fisher <0.05). El 68.7% creen que usar preservativo permite tener unas relaciones sexuales seguras y placenteras, pero que usarlos es «un rollo» (18.1%).

El 79.5% de los encuestados piensan que las caricias, los besos, la masturbación mutua ... pueden dar tanto placer como hacer el amor, sin riesgo de embarazo ni de Enfer-

medades de Transmisión Sexual y que la penetración no es lo más importante en la relación sexual (74.5%).

Discusión

Los cuestionarios auto cumplimentados sobre sexualidad en estudiantes de estas edades se consideran fiables y válidos, aunque algunos adolescentes de sexo masculino, tienden a sobre declarar su conducta sexual, al contrario que los de sexo femenino¹⁰. A esta limitación del estudio se añade la propia de las encuestas transversales con bajo número de encuestados, que puede tener poca representatividad. La muestra seleccionada (100 jóvenes) supone un error muestral de aproximadamente el 2% para un nivel de confianza del 95% para datos globales. La pérdida de dieciséis cuestionarios —quince que no fueron entregados y uno que se desechó—, entraña un incremento del error muestral que no desvirtúa la valoración global de las encuestas, por lo que pensamos que los resultados son pertinentes y perfectamente aplicables al resto de los adolescentes de su misma edad de nuestro entorno. Los que respondieron a la encuesta fueron cogidos al azar por el psicólogo orientador del Instituto de Enseñanza Secundaria, que generó un hueco en la actividad docente que afectaba a varias aulas.

Los padres suelen tener más estudios que las madres en ambos sexos, sin que esta diferencia entre ellos sea estadísticamente significativa. En las tablas de contingencia no encontramos diferencias al cruzar los estudios de los padres y las respuestas dadas. Tampoco encontramos diferencias en las respuestas de los que se consideraban a sí mismos buenos estudiantes respecto de los que no, lo que puede explicarse por el alto porcentaje de alumnos que se consideran buenos estudiantes, que tienen mayor peso en el cómputo global de las respuestas.

Sólo un tercio de los encuestados tiene pareja o ligue, considerada como estable en más de la mitad de los casos y con un alto grado de confianza. Esto pudiera ser relevante de que nuestros jóvenes no suelen tener en su mayoría pareja o ligue estable, lo que los convierte en población de riesgo dada la posibilidad de mantener relaciones esporádicas y variadas.

Llama la atención el alto número de jóvenes que piensa que ser virgen o no llegar al orgasmo puede proteger del embarazo. Esta afirmación denota un alto grado de ignorancia sobre embarazo y anticoncepción, posiblemente porque la información académica que reciben suele estar más encaminada a aspectos teóricos biológicos, descuidándose la información sobre métodos anticonceptivos^{11,7}. Es curioso observar que los conocimientos sobre anticoncepción no se ven influidos ni por el sexo ni por el nivel de estudios de los padres. Esta falta de información se ve confirmada por la opinión de más de la cuarta par-

te de los encuestados respecto de la «marcha atrás», que consideran que es eficaz para evitar embarazos, siendo sobre todo las mujeres, aunque sin significación estadística, las que tienen esa opinión.

Es durante esta época de la vida cuando existe mayor posibilidad de contagio, por la variabilidad e inestabilidad de la pareja y porque la misma fisiología de los adolescentes los sitúa frente a un más alto riesgo de presentar una Enfermedad de Transmisión Sexual o de infectarse con el VIH (menos barrera mucosa cervical, alteraciones del pH vaginal, epitelio cilíndrico inmaduro del cerviz uterino, primer contacto con enfermedades sexuales y ausencia total de inmunidad frente a las mismas)¹². Por ello es importante valorar las respuestas referentes a la prevención del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, que siguen en la línea que comentábamos anteriormente, pues consideran que determinadas posturas al hacer el amor pueden no sólo evitar embarazos sino también Enfermedades de Transmisión Sexual. Bien es verdad que es escaso el número de respuestas que hablan de la postura como medio de prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual, esta respuesta es mayor en lo que se refiere a prevenir embarazos, más de un tercio de los encuestados lo creen. En casi un tercio de los jóvenes existe la convicción de que el SIDA no se transmite con la penetración bucal. Esta práctica es considerada por los encuestados como de escaso riesgo, sin que haya diferencia de sexo ni en las diferentes edades. Es llamativo que el 21.6% de las respuestas a esta cuestión es ambigua (ni de acuerdo ni en desacuerdo), lo que sumado al tercio de los que opinan que el SIDA no se contagia con el sexo oral nos lleva al resultado de que más de la mitad de los jóvenes está desinformado respecto del mecanismo de contagio del SIDA.

Referente al uso de preservativo, la Organización Mundial de la Salud ha declarado que, para la mayor parte de los jóvenes sexualmente activos, el preservativo debe ser el método anticonceptivo de primera elección¹³, con ventajas adicionales sobre otros anticonceptivos al evitar no solo el embarazo no deseado sino también las Enfermedades de Transmisión Sexual. Nuestros jóvenes piensan mayoritariamente que la mejor forma de evitar Enfermedades de Transmisión Sexual es usar preservativos en toda la relación con penetración. No obstante, también piensan, en casi una cuarta parte de las respuestas, que el uso del preservativo es seguro si se pone inmediatamente antes de «correrse», lo que desvirtúa el significado de la anterior afirmación en bastantes de los encuestados, llegando a la conclusión de que muchos de ellos no están informados, pues no son seguros, para evitar no sólo el embarazo sino las Enfermedades de Transmisión Sexual, si se deja su uso para el final de la relación. Las mujeres tienen más problemas que los hombres a la hora

de que los padres las pillen con preservativos, diferencia estadísticamente significativa, lo que se puede explicar por el carácter machista de nuestra sociedad, aún no erradicado de nuestras mentes después de tantos años con desconsideración hacia la mujer. Mayoritariamente piensan que el uso del preservativo permite tener unas relaciones seguras y placenteras, pero el 18.0 % de ellos piensan que usarlos es un rollo. Estudios recientes⁶ consideran que el uso de preservativo en adolescentes en nuestro país es bajo, lo que puede estar causado, entre otras causas, por coincidir los distintos grupos de jóvenes en esta opinión. De todos modos se puede deducir que nuestros adolescentes tienen buen concepto del preservativo y que mayoritariamente valoran como positivo (seguro y placentero) su uso.

Al indagar sobre prácticas sexuales distintas al coito (caricias, besos, masturbación mutua, «magreo»...) y preguntarles como las valoraban, constatamos que piensan mayoritariamente que son iguales de placenteras que el sexo con penetración sin riesgo de embarazo ni de Enfermedades de Transmisión Sexual. En este aspecto nuestro estudio coincide con otros¹⁴ en que esta positiva valoración respecto de estas prácticas se explica porque forman parte de los ritos de iniciación sexual, propios de la edad, y es a través de ellas como conocen al otro y adquieren destrezas y experiencia⁹. Sin duda, la función más importante que atribuyen a las caricias, es la de servir de precalentamiento o antesala del coito. A esta edad la penetración no es lo más importante de las relaciones sexuales, la mayoría de ellos así lo afirman, destacando, aunque sin significación estadística, las mujeres en esta afirmación, que valoran a su vez más positivamente las caricias, lo que nos explicamos por diferencias culturales y de roles que se han aplicado tradicionalmente a los distintos sexos y que los adolescentes tienen interiorizadas.

Conclusiones

Observamos un

— *desconocimiento importante sobre métodos anticonceptivos y mecanismos de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual*, lo que no se corresponde con el nivel aceptable de conocimientos de otras encuestas⁵. Este hecho podría explicarse por una falta de atención, tanto en el ámbito sanitario como educativo, respecto de estos temas, en nuestro medio. Por eso creemos que

— *debería ser prioritario dar información sanitaria a los jóvenes y aprovechar cualquier consulta en relación con la salud sexual para difundir entre ellos los mecanismos de contagio y su evitación, así como informarlos y adiestrarlos en el uso de preservativos y otros medios de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y em-*

barazos no deseados. Estas acciones educativas deberían, en nuestra opinión, darse desde edades más tempranas para así no llegar a la adolescencia sin información. La implicación de educadores y por supuesto de padres es absolutamente necesaria. Más educación sexual no significa necesariamente más sexo, pero sí puede conseguir una sexualidad más responsable y saludable.

Agradecimientos

A Jacinto Ceacero Cubillo, psicólogo y orientador del Instituto de Enseñanza Secundaria San Juan de la Cruz de Úbeda, sin cuya colaboración no hubiera podido hacerse este trabajo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de salud de los adolescentes. Serie Informes Técnicos. Ginebra: OMS 1977.
2. Declaración del IMAP sobre anticoncepción y protección contra ITS/VIH para adolescentes. Boletín Médico de IPPF 2000; 34-6.
3. Guillén Antón MV, Guillén Antón J, Adán Gil F. Adolescencia y anticoncepción [carta] *Aten Primaria* 1994; 14: 853.
4. Nebot M, Rohlfis I. Factores de riesgo en adolescentes usuarias de planificación familiar. *Med Clin* 1994 (Barc); 103: 366-370.
5. Cabrera del Castillo MA, Martín Díaz J, Luquín Ajuria A, Orueta Sánchez R, López Castro F. Conocimientos, actitudes y comportamientos sobre sexualidad en dos colectivos de jóvenes-adolescentes. *Centro de Salud* 1996; 4: 297-302.
6. Sueiro E, Diéguez JL, González A. Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. *Aten Primaria* 1998; 21: 283-288.
7. Romero de Castilla RJ, Lora Cerezo MN, Cañete Estrada R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria* 2001; 27: 12-17.
8. Oliva A, Serra L, Vallejo R. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo. Universidad de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1993.
9. Oliva A, Serra L, Vallejo R, López M, Lozoya JA. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Un estudio cualitativo. Universidad de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1993.
10. Juárez O, Díez E, Barniol J, Villamarín F, Nebot M, Villalbí JR: Conductas preventivas de la transmisión sexual de SIDA, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 194-202.
11. Fernández-Martínez de Alegría C, Burgos Larrumbe A, Sánchez Cantalejo E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. *Aten Primaria* 1992; 9: 90-98.
12. Ros Rahola R, Palau Gene M, Ruiz Andorra E. Embarazo en la adolescencia. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1995; 2: 257:271.
13. Educación sexual en las escuelas: recurrir a los compañeros. *Lancet* (Ed. Esp.) 1995; 26: 73-74.
14. Traeen B, Kvaleml JL. Sexual socialisation and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Arch Sex Beba* 1996; 25: 286-302.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La familia en la enfermedad terminal (II)

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).

IV. ■■■ SÍNTOMAS FAMILIARES DE LA ESFERA SOCIAL

Está comprobada la notable influencia del apoyo social en la salud individual y familiar. Se define el apoyo social como el «apoyo accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global»; «Información verbal y no verbal, ayuda tangible o acción prestada por íntimos o inferida de su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor»³⁰. La mera existencia de relaciones sociales no implica la provisión de apoyo social, ya que éste se trata más bien de un aspecto de calidad de éstas. Su importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante.

Es conveniente distinguir entre las distintas dimensiones del apoyo social: *apoyo emocional* o afectivo referente a la disponibilidad de personas que pueden proporcionar amor, estima, cariño y empatía; *apoyo confidencial* en referencia a la posibilidad de contar con personas a las que se puedan comunicar problemas; *apoyo informativo* incluye los contactos sociales a través de los cuales se recibe información o consejo³⁰.

La enfermedad produce una crisis que somete a reajustes a los miembros de la red social del paciente, produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno u otro tipo de apoyo: la familia cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumir el apoyo informativo.

Hay que reflexionar sobre lo que se ha llamado «especificidad del apoyo» o «congruencia ecológica»^{30,31}, que sugiere que el apoyo será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. Esta perspectiva contextual del apoyo social es muy importante en el caso de los pacientes terminales. El ajuste debe centrarse en las siguientes dimensiones:

— Cantidad de apoyo: un exceso de apoyo puede generar dependencia, paternalismo o anulación de la persona. El apoyo puede ser fuente de estrés si la persona no está en disposición de dar u se siente permanentemente en deuda.

— Momento: las necesidades de apoyo cambian en gran medida según las fases de la enfermedad terminal.

— Origen del apoyo: el mismo recurso puede ser aceptado y percibido de muy distinta forma según la fuente o precedencia del apoyo. El paciente asigna un papel determinado a cada elemento de su red, aunque será siempre la familia la fuente de apoyo social más valorada³¹.

1. ■■■ Aislamiento social

Descripción del síntoma

El aislamiento social es un fenómeno común en los enfermos terminales y sus familias³. La restricción severa de actividades, unida a las connotaciones socialmente negativas que tienen algunas enfermedades (cáncer) reducen la red social del enfermo y su familia a la mínima expresión, en un momento en que precisamente necesitaría fortalecerse.

El aislamiento es favorecido por las pautas culturales de nuestra sociedad: está mal visto que una familia con un enfermo terminal mantenga conexiones con el exterior porque se interpreta como «descuido» del enfermo.

Las relaciones de los sanos con los enfermos se rigen por la ambivalencia; el enfermo terminal es temido y evitado, y en el mejor de los casos, se ve abocados a relaciones

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

Teléfono: 952 241 518

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

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 262-268

que dejan de ser recíprocas e igualitaria: ahora «no está en condiciones más que de recibir», lo que aumenta su sentimiento de fragilidad y pérdida y dificulta su adaptación a la enfermedad.

El apoyo social que nos interesa es el *percibido*¹, ya que la calidad de éste no nos la marca más que la percepción de la familia. «*La forma en que se da y se recibe apoyo es un misterio*»³⁰, así la familia puede valorar más aspectos como la empatía, la cordialidad, la sinceridad que el número de visitas o el tiempo de dedicación. En el caso del apoyo material o instrumental, las personas suelen ser reacias a solicitarlo a menos que estén implicados en una red de intercambios mutuos; hay que considerar que sólo será efectivo cuando el receptor percibe esta ayuda como apropiada, porque si el receptor del apoyo siente amenazada su libertad o se siente en deuda el apoyo instrumental puede ser fuente de estrés.

Valoración del síntoma

Se proponen instrumentos concretos para valoración del apoyo social al enfermo y su familia: Duke -UNC, Cuestionario MOS¹⁴.

Intervención en el síntoma

Es fundamental asesorar a la familia en la conveniencia de mantener relaciones sociales con su entorno y explicar los efectos beneficiosos que tiene en los cuidados del enfermo y en la prevención de «males mayores» como la claudicación familiar o el síndrome del cuidador. Adoptar una actitud abierta respecto a mantener lazos con las redes sociales naturales de la familia, fomentando intervenciones «sobre los de fuera» no solo sobre el enfermo, evita también la sobreimplicación y sobreprotección del enfermo.

En casos de familias ya previamente escasas en el apoyo social puede ser de utilidad la participación del voluntariado, elemento acerca del que existen muchas evidencias de sus efectos beneficiosos en el apoyo a la familia de enfermos terminales^{32,33}.

Los profesionales de la salud somos elementos clave en la red social del enfermo terminal pudiendo constituir la principal fuente de apoyo o, en pocas ocasiones, un elemento distorsionador: falta de atención personalizada, información fragmentada, insuficiente, parcial, ausencia de canales de comunicación, mensajes inductores de culpa...

En esta función de apoyo es fundamental el trabajo interdisciplinar de los equipos de atención primaria, con un papel crucial de la enfermera en la promoción del bienestar del enfermo terminal y en la facilitación de la comunicación^{34,35}. La formación humanística del trabajador

social es esencial en la atención integral que oferta el equipo y realiza además la función de nexo entre las necesidades del individuo y las instituciones, de coordinación con el voluntariado y la comunidad en general.

Hay que recordar cuáles son los aspectos que más va a valorar el paciente y la familia en la provisión de apoyo social por parte de los sanitarios, siendo la principal necesidad la de «presencia» del médico y la enfermera más que su «intervención». De todos los profesionales implicados será el médico de familia el eje del apoyo brindado al enfermo, con capacidad de toma de decisiones, aporte de información, coordinación de los cuidados y continuidad asistencial más allá de la muerte con la asistencia al duelo de los familiares. Las funciones del médico de familia en la atención al paciente terminal se han resumido por algunos autores como las 4 «C»: coordinador, comunicador, «consolador» y certificador¹¹.

V. LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Descripción del síntoma

La claudicación se define como la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente^{4,5}. La crisis de claudicación familiar se produce cuando todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez y es consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo, y en especial del cuidador.

La claudicación, como su propio nombre indica supone una rendición de la familia ante la enfermedad terminal y supone un enorme sufrimiento individual y colectivo de la familia y para el enfermo que será víctima de maniobras como ser llevado a las urgencias hospitalarias, forzar su ingreso, etc.³.

Esta crisis emocional familiar suele tener unos desencadenantes comunes, siendo los más frecuentes: la aparición de síntomas nuevos o el agravamiento de algunos preexistentes; dudas sobre el tratamiento previo o su evolución; sentimientos de pérdida, miedo, incertidumbre; agotamiento del cuidador^{5,12}.

Valoración del síntoma

Para detectar precozmente esta situación deberemos tener en cuenta los factores de riesgo potenciales para su aparición¹².

1.—Tipo de familia: Familia nuclear (el agotamiento del cuidador principal plantea una situación de riesgo) o Familia extensa (los miembros de la familia se pueden relevar, pero pueden surgir conflictos entre ellos, se previene eligiendo al cuidador principal y ofreciéndole todo nuestro apoyo).

2.—Lugar de residencia: Familias en su medio (el medio rural ofrece más apoyo y se acepta la muerte de forma natural dependiendo menos de los centros hospitalarios, el medio urbano tiene más dificultades para cuidar al paciente en el domicilio) o Familias desplazadas (el desconocimiento del idioma, la cultura, el aislamiento social... dificultan los cuidados, la claudicación es una forma de expresar el miedo ante la enfermedad y la muerte).

3.—Trayectoria de la enfermedad: El paso de los cuidados curativos a los paliativos ha de hacerse sin solución de continuidad protegiendo a la familia de la desesperanza, informando adecuadamente e incluyendo a la familia como objetivo terapéutico.

4.—Las experiencias anteriores: Preparan al grupo familiar a afrontar la situación.

5.—La vigencia de problemas no resueltos: La enfermedad terminal se suma a los problemas de la vida cotidiana.

6.—La incomunicación en la familia: El pacto de silencio aumenta la ansiedad en la familia y el desfase de información entre la familia y el enfermo lleva a malentendidos del tipo: *Si no le llevamos a algún sitio va a pensar que ya no puede hacerse nada por él.*

7.—Ausencia de programas de prevención: considerar desde el principio la posibilidad de la claudicación familiar incluso en las familias aparentemente mejor adaptadas, revisando periódicamente la situación de la familia respecto a los cuidados.

8.—El protagonismo de última hora: Cuando un miembro de la familia acude a última hora con puntos de vista diferente que intenta imponer culpabilizando a los cuidadores e incluso al equipo de salud («Síndrome del hijo de Bilbao») ¹².

9.—La ingerencia intempestiva de otros profesionales, con otros objetivos de atención al enfermo que genera confusión tanto en el paciente como en la familia.

10.—Los «buenos samaritanos» ¹²: personas que voluntariamente han colaborado en los cuidados con alto nivel de compromiso, se suelen agotar cuando son más necesarios, rompen su compromiso sin ningún tipo de responsabilidad ya que su fin es satisfacer su necesidad de autoafirmación.

Es de utilidad práctica revisar ante qué tipo concreto de claudicación familiar estamos ¹², puesto que la intervención será muy distinta:

1.—Según el momento de aparición: Claudicación Precoz (aparece tras la información del pronóstico fatal, el impacto hace que nieguen la realidad y minimizan las demandas del paciente), Claudicación Tardía (por agotamiento de la familia) y Claudicación Episódica (tras la aparición brusca de síntomas no previstos).

2.—Según la duración: Accidental (se debe a incidentes de fácil control), Temporal (se da en fases de la enfermedad y es el tiempo que la familia requiere para adaptarse a la nueva situación y ajustar los roles) y Permanente (los episodios de crisis se suceden imperando la incertidumbre, se pierde la comunicación, hay un aislamiento social, es la situación más grave y el riesgo de abandono del paciente es muy elevado).

3.—Según el área de afectación: Del área emocional, en varias áreas predominando una de ellas apareciendo las somatizaciones o la claudicación global en la que la familia tiene una conducta de aislamiento y empobrecimiento en las relaciones sociales afectándose en todas las áreas.

4.—Según la causa principal: puede ser Directa como la aparición brusca de una enfermedad fatal, o Indirecta provocada por motivos tales como problemas económicos, desplazamientos, dificultades en la comunicación...

5.—Según el número de personas afectadas: Individual (la del cuidador único), Grupal (en familias extensas, un grupo se alía contra otro y abandona los cuidados) y Global (afecta a toda la familia incluyendo al equipo terapéutico).

Intervención en el síntoma

La prevención la realizaremos teniendo en cuenta numerosas actuaciones encaminadas a mejorar el clima de relación y comunicación con el paciente y su familia. *Con respecto al Paciente*, además de instaurar el control de síntomas procuraremos una información y comunicación franca y honesta, con escucha atenta, en una relación de ayuda eficaz, dando seguridad y continuidad en los cuidados, manteniendo el rol familiar y social, apoyando psicoemocionalmente. *Con respecto a la Familia* haremos una escucha atenta de sus demandas y sugerencias, se dará información puntual, adecuada, comprensible y continua sobre la evolución, se hará un entrenamiento de las tareas a realizar, implicando al mayor número posible de miembros, informando sobre todos los recursos formales e informales disponibles, dando soporte y apoyo emocional individual y grupal, corrección y respeto en el trato, afecto y disponibilidad en la relación. Es vital para prevenir la claudicación procurar el «respiro» del cuidador.

Una vez aparecida la claudicación debemos intervenir procurando de la mejor y más rápida forma la recuperación del control de cuidados por parte de la familia. La primera actitud es la comprensión y la desculpabilización de la familia claudicante. Es conveniente revisar los últimos acontecimientos, explicar los cambios producidos, *recordar los objetivos del tratamiento* ¹², controlar eficazmente los síntomas del enfermo y manifestar la disponi-

bilidad del equipo sanitario. Una familia en crisis de claudicación es un síntoma que obliga para su control a aumentar enormemente el apoyo del equipo que atiende al enfermo.

VI. SÍNTOMAS FAMILIARES EN EL DUELO

El duelo queda definido como el conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor. Es una reacción adaptativa normal física, conductual, cognitivo-intelectual, afectivo-emocional y espiritual, ante la pérdida de un ser querido^{36,37}.

En nuestra cultura, el duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo estaba psicosocialmente vinculada. La mayoría de las veces el doliente, siempre y cuando cuente con un adecuado apoyo sociofamiliar, es capaz de elaborarlo adecuadamente y no necesitará la ayuda de un profesional³⁸.

El duelo comienza antes del fallecimiento (excepto en muertes repentinas) y termina posiblemente cuando el doliente pueda pensar en el fallecido sin tener una fuerte sensación de dolor. El proceso psicológico sigue la siguiente evolución: shock y negación, enfado e ira, negociación, depresión y por último aceptación. La evolución en el tiempo es la siguiente¹²:

— *Periodo Anterior o Duelo Anticipado*, se produce un shock inicial y una negación que suele durar hasta el fallecimiento. El duelo anticipado ofrece la oportunidad de compartir los sentimientos y prepararse para la pérdida.

— *Periodo Inicial*, en este periodo distinguimos el *Duelo Hiperagudo*, que se da inmediatamente después del fallecimiento, dura horas o pocos días, se produce un shock emocional y un embotamiento de la sensibilidad. Se presentan reacciones de sorpresa, incredulidad, parálisis psicológica, anestesia emocional... Como reacciones físicas más comunes se encuentra el llanto, la hiperventilación, opresión en pecho o garganta, dolor de estómago, cefalea... Posteriormente aparece el *Duelo Agudo* que dura semanas o meses en el que el pensamiento está dominado por la negación y la persona no acepta emocionalmente la muerte aunque intelectualmente si la pueda reconocer. Los síntomas físicos se suavizan y algunos se pueden cronificar (insomnio, cefalea, anorexia...).

— *Periodo Intermedio*, en el que la persona reinicia su vida cotidiana y comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida. Inicia múltiples duelos por las múltiples pérdidas que aparecen en su vida cotidiana, siendo frecuente una progresiva desconexión de los familiares y amigos que previamente le habían arropado, se puede generar aislamiento, sensación de incompreensión

o soledad emocional. Con el tiempo se acepta emocionalmente la pérdida, la persona se redefine y resitúa en su mundo renunciando definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Este periodo suele durar entre uno y dos años.

— *Periodo Tardío o Duelo Resuelto*, generalmente pasados varios años del fallecimiento la persona establece su modo de vida basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta, los recuerdos pasan de ser dolorosos a nostálgicos, aunque el duelo deja siempre una huella, una cicatriz psicológica.

1. El duelo patológico

Descripción del síntoma

Los criterios que definen al duelo patológico son el tiempo que duran los procesos defensivos y su influencia en el funcionamiento mental. Dentro de los duelos patológicos se describen las siguientes variantes¹²:

— *Duelo Crónico*: es cuando tiene una duración excesivamente prolongada o incluso permanente, nunca llega a una conclusión satisfactoria. Se suele dar en personas con unas relaciones previas de fuerte dependencia. El doliente es absorbido por los recuerdos y es incapaz de reinsertarse en el tejido social. Son frecuentes las «reacciones de aniversario» y la «momificación» (persistencia de los objetos personales del fallecido intactos; supone la persistencia no consciente de la idea de que el fallecido volverá...).

— *Duelo Ausente*: es cuando hay una falta de aflicción consciente, siendo una prolongación de la fase de embotamiento afectivo inicial del duelo. El doliente mantiene una vida aparentemente normal e incluso es socialmente «admirado» por su fortaleza. No hay reacción emocional visible pero mantiene conductas fóbicas hacia el recuerdo del difunto evitando hablar de él, eliminando objetos de su pertenencia, y pueden aparecer síntomas físicos inespecíficos, trastornos somatoformes y enfermedades psicosomáticas, que son considerados «equivalentes afectivos del duelo».

— *Duelo Exagerado*: el doliente experimenta una intensa reacción emocional que puede manifestarse como depresión severa, ataques de pánico, conductas fóbicas, manía, alcoholismo... Se acerca a los criterios clínicos del Trastorno de Estrés Postraumático.

— *Duelo Retrasado*: es cuando los sentimientos se inhiben inicialmente y aparecen más tarde con motivo de otra pérdida (acontecimiento estresante) respondiendo de forma desmesurada. El paciente sufre en el momento de la pérdida una reacción emocional que no tiene la suficiente intensidad como para iniciar el proceso del duelo que-

dando atascado, pasado el tiempo y tras una nueva pérdida se produce una reacción exagerada. Se debe sospechar en personas que en fases iniciales del duelo se vuelcan en una hiperactividad frenética para no pensar en lo sucedido.

Valoración del síntoma:

La evaluación del duelo conlleva en primer lugar mantener el contacto con la familia del fallecido, siendo una práctica cada vez más generalizada la realización de una visita a la familia después de la muerte por parte del equipo sanitario. El objetivo fundamental de ésta es favorecer el proceso de duelo y valorar la situación de la familia y en concreto del cuidador principal, identificando la posibilidad del duelo patológico.

El duelo está influido por múltiples factores que influyen en la evolución hacia el duelo patológico. Los factores que intervienen son (Tabla 6)³⁹:

TABLA 6
FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DUELO

Factores que favorecen la resolución del duelo	Factores que dificultan la resolución del duelo
<ul style="list-style-type: none"> • Estar presente en el momento de la muerte. • Aspecto digno del fallecido. • Experiencias previas de duelo normal. • Buen apoyo social. • Práctica de rituales de duelo. • Libre expresión de los sentimientos del doliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte repentina. • Suicidio, muerte incierta. • Fallecido joven. • Agotamiento familiar. • Pérdidas múltiples. • Relación previa con el fallecido de dependencia.

— Las causas y circunstancias de la muerte, la muerte repentina, la edad del finado, circunstancias como el suicidio, muertes inciertas en las que no se encuentra el cadáver, pérdidas múltiples, aspecto del cadáver visto por última vez...

— Identidad del fallecido y su relación con el doliente, el grado de parentesco, los roles que desempeñaba y la intensidad de la relación finado-doliente nos dará una idea de la magnitud de la pérdida. En nuestra cultura los duelos patológicos suelen producirse en adultos que pierden al cónyuge, al padre o al hijo, es muy raro que se produzca por la muerte de un hermano. El tipo relación también puede determinar la respuesta al duelo, sobre todo aquellas relaciones que son muy estrictas, de dominio y/o dependencia, o la relación ambivalente.

— Personalidad y antecedentes del doliente.

— Soporte sociofamiliar del doliente: los factores sociales son las condiciones de vida: vivir solo es peor que vivir acompañado; factores socioeconómicos; creencias o prácticas que facilitan o dificultan la realización de un duelo sano, siempre es mejor que existan rituales sobre

el duelo que su ausencia. El papel de la familia, amigos y vecinos debe ser permitirle expresar su dolor y hablar del fallecido, de las circunstancias de la muerte..., es lo que más agradecen los dolientes y facilita el duelo sano, la actitud de negación, supresión o represión de sentimientos es la más nociva.

Se han determinado posible «pistas» para el diagnóstico de duelo patológico^{12,36,37,39}:

- Falta de respuesta emocional en los primeros días o respuesta nula o débil pasadas 2 semanas tras la pérdida.
- Falsa euforia tras la muerte.
- Cambio radical de vida, personalidad o conducta tras el fallecimiento.
- Persistencia de cólera, resentimiento, tristeza o culpa intensas tras las primeras semanas.
- Pesadillas reiteradas relacionadas con la muerte o con la forma de producirse.

• El doliente no está dispuesto a deshacerse de las pertenencias del fallecido (momificación) o, por el contrario, se deshace precipitadamente de ellas.

• Actitud de escape a otro lugar («cura geográfica»).

• El doliente evita cualquier persona o circunstancia que recuerde la muerte.

• El doliente presenta síntomas similares a los del fallecido o le imita.

- Conductas hipocondríacas, fobia a la enfermedad y miedo desmesurado a la muerte.
- Desencadenamiento de reacciones de duelo ante aniversario o pérdidas menores.
- Experimentación de intenso dolor al hablar del fallecido tras varios años desde la muerte.
- Si el tema del duelo surge en la entrevista clínica a propuesta del propio paciente.

Intervención en el síntoma

Para la prevención del duelo patológico hemos de empezar a hablar de la muerte con la familia y en especial con el cuidador, mucho antes de que ésta se produzca. Preguntar aspectos como de qué forma prefieren recibir la noticia si no están presentes, si han pensado a quién avisarán, cómo organizarán los trámites y quién se ocupará de cada cosa⁴⁰. Una vez producido el fallecimiento el apoyo del equipo sanitario se orientará a trabajar con el doliente favoreciendo la realización de las *tareas del due-*

lo^{8,12} que son aquellos procesos que ha de realizar el doliente a fin de concluir un duelo satisfactorio:

— Aceptar la realidad de la pérdida: es la premisa más evidente para iniciar el duelo pero también es el paso más difícil. Suelen aparecer resistencias tanto a corto como a largo plazo a la hora de aceptar la irreversibilidad de la pérdida, la aceptación es reconciliarse con la propia mortalidad y con la realidad de que el ser querido ya no existe.

— Experimentar el dolor de la pérdida y liberar emociones. La pérdida en un principio es abstracta y poco a poco se materializa en pérdidas parciales más concretas. Solo cuando se experimenta dolor se avanza en la resolución del duelo.

— En relación al punto anterior es conveniente restringir el empleo de psicofármacos de forma inoportuna o exagerada. Pueden ser útiles parcialmente en algunas situaciones pero en absoluto deben impedir las manifestaciones emocionales de rabia y tristeza del doliente.

— Ajuste del ambiente en el que desapareció el fallecido: el doliente se tiene que adaptar a la nueva situación que supone una redefinición de sí mismo. El no intentar resolver estos conflictos por sí mismo y dejar que lo solucionen otros es una forma de paralizar el proceso del duelo.

— Resituar emocionalmente al fallecido y seguir con la vida: el ser capaz de volver a vivir es la conclusión del proceso del duelo y posiblemente una de las tareas más difíciles.

Esta ayuda se traduce en los llamados *Principios de Asesoramiento en el Duelo*^{8,12,36,37,39}:

- Ayudar al doliente a aceptar la realidad de su pérdida hablando acerca del difunto, aconsejando a visitar los restos, escuchándole hablar de su pérdida.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos y emociones. Los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad, la impotencia y la tristeza. No solamente hay que expresar las emociones sino que deben ser enfocadas correctamente, o sea, dirigir correctamente el enfado, redimensionar la culpa, manejar la ansiedad y dar significado a la tristeza.
- Ayudar a vivir sin el fallecido llenando el vacío funcional que deja por la pérdida de los roles que desempeñaba.
- Dar tiempo para dolerse: el duelo requiere tiempo, es un proceso largo y cada persona tiene su propio ritmo.
- Normalizar las respuestas, tranquilizando y asegurando que las reacciones que siente son las habituales.
- Permitir las diferencias individuales.
- Dar soporte continuado por lo menos durante el primer año. Seguir estando disponible.
- Investigar defensas y estilos de afrontamiento.
- Identificar posible patología y derivar en caso necesario.

Las técnicas utilizables en el asesoramiento son múltiples y se deben personificar, entre otras figuran como las más utilizables: el lenguaje evocador, hablar en pasado del fallecido, usar símbolos, escribir, dibujar, juego de roles, diario de recuerdos, imaginación dirigida, libros de ayuda, grupos de ayuda mutua...

Bibliografía

1. Bazo MT. La sociedad Anciana. Madrid: Ed Siglo XXI; 1990.
2. Durán A. The contribution of domestic work to development. Meeting of experts on social development indicators. Rabat; 1991.
3. Benítez del Rosario MA (Coord) Cuidados Paliativos. Recomendaciones semFYC. Barcelona: semFYC; 1998.
4. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
5. Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS); 1994.
6. Astudillo W, Mendinueta C. Como apoyar a la familia en la terminalidad. Biblioteca básica DuPont Pharma para el médico de familia. Madrid: DuPont; 1996.
7. Barreto MP, Espino MA. La familia del paciente en fase terminal. Medicina Paliativa 1996; 3: 18-25.
8. De La Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmóviles y terminales. Granada: Fundesfam; 2001.
9. García MA, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Monografías EASP, 27. Granada: EASP; 1999.
10. Montoya J. Familia y cáncer avanzado. Aten Primaria 1992; 10: 689-692.
11. Farber S, Egneg T, Stempel J. Cuidados paliativos en la fase terminal. Monografía AAHP Home Study. Medical Trends Eds; 1999.
12. Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Ed Arán; 1999.
13. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos y atención primaria. Aspectos de Organización. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 2000.
14. De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed Doyma; 1994.
15. Navarro Góngora J. Avances en terapia familiar sistémica. Buenos Aires: Ed Paidós; 1995.
16. Smith GC, Smith MF, Toseland RW. Problems identified by family caregivers in counselling. Gerontological Society of America 1990; 31: 15-22.
17. Baillie V, Norbeck JS, Barnes LE. Stress. Social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. Nursand Research 1988; 37: 217-222.
18. Sipon Y, Selles D, Ruiz E. Detección de malestar psíquico entre cuidadores de pacientes de atención primaria. Aten Primaria 1995; 16: 229.
19. Díez J, Redondo MJ, Arroniz C. Malestar psíquico en cuidadores de familiares de personas confinadas en domicilio. Medifam 1995; 5: 124-130.
20. Vitaliano PP. Depression in caregivers. J Fam Pract 1990; 30: 437-440.
21. Burgos ML, Muñoz F. La mujer como cuidadora de enfermos incapacitados. En: Las mujeres en Andalucía. Málaga: Servicio de Publicaciones Diputación Provincial de Málaga; 1993. p. 233-41.
22. Rodríguez G, Aranda JM, Corredera A, Fuentes T, Bandera A, Villatoro V. La atención al paciente terminal en su domicilio. Ponencia XI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, Junio 2000.

23. Roca i Casas J, Ledesma A, Espauella J. Cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud. FMC 1994; 1: 88-103.
24. Mateo I, Millán A, García MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Aten Primaria 2000; 26: 139-144.
25. Santiago P, López O, Lorenzo A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999; 24: 404-410.
26. Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Gálvez F, Martí N, Mariscal J. Perfil médico-social del cuidador crucial ¿Se trata de un paciente oculto? Aten Primaria 1995; 15: 181-186.
27. Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S, Caballé E. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. Aten Primaria 1999; 23: 493-495.
28. Gómez Sancho M (ed). Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Ed. Grupo Aula Médica; 1996.
29. Pérea MF, Rodríguez A. A propósito de malas noticias. FMC; 1999; 6: 600-602.
30. Barrón A. Perspectivas de estudio en el apoyo social. JANO; 1990; 38: 74-85.
31. Zunzunegui MV. Las redes sociales y la salud en las personas mayores. Index de enfermería, 1994; 8-9:15-17.
32. Burgos ML, Muñoz F, Espinosa JM, Salazar JA. Participación del voluntariado en un centro de salud. Revista de Trabajo Social 1993; 130: 49-54.
33. Zubero I. El papel del voluntariado en la sociedad actual. Documentación Social 1996; 104: 39-68.
34. Busquet X, Porta M, Jaroid M, Busquet C, Sánchez AM, Castilla P. La atención domiciliar al enfermo de cáncer terminal: valoración y propuestas de médicos y enfermeras. Aten Primaria 1994; 13: 291-300.
35. Sosa R, Mendoza MN, Romero MD. Papel de la enfermera en cuidados paliativos. Rev Soc Esp Dolor 1995; 2 (Supl 2): 46-52.
36. Tizón JI. El duelo en atención primaria de salud (I) FMC 1996; 9: 547-566.
37. Tizón JI. El duelo en atención primaria de salud (II) FMC 1996; 10: 642-663.
38. Sanz J. La sociedad, la medicina y la muerte. Med Clin (Barc) 1990; 95: 419-20.
39. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. La muerte frente a frente: Muerte, duelo y familias. En: Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998. p. 233-56.
40. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Anticipación de la pérdida: asistencia sanitaria a los ancianos y los familiares que cuidan de ellos. En: Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998. p. 211-32.

ARTÍCULO ESPECIAL

Evolución del consumo de alimentos en España

Castillo Sánchez MD¹, León Espinosa de los Monte MT².

¹ Doctora en medicina, Asesor Técnico de Valoración, Experto Universitario en Nutrición Clínica y Dietética, Granada, ² Doctora en medicina, Médico de Familia, Experto Universitario en Nutrición Clínica y Dietética, Granada.

La evolución de la alimentación a lo largo de la historia ha estado influenciada por cambios sociales, políticos y económicos. Los grandes viajes y descubrimientos contribuyeron a la diversificación de la dieta; pero al mismo tiempo, la abundancia o escasez de alimentos ha condicionado el desarrollo de los acontecimientos históricos.

En líneas generales, los hábitos de consumo se estructuran en base a la oferta alimentaria disponible en un momento dado, que depende en buena medida de factores geográficos, climatológicos, aspectos políticos y económicos. La elección de los alimentos que forma parte de una dieta se produce por la compleja interacción entre procesos biológicos, sociales y culturales, entre los cuales, las preferencias y aversiones alimentarias, los valores, el simbolismo y las tradiciones junto a las características organolépticas del alimento juegan un papel importante¹.

En la actualidad numerosos estudios epidemiológicos sugieren que la dieta y la nutrición están relacionadas con el desarrollo de patologías de gran prevalencia y algunas de elevada mortalidad en nuestro medio, como son las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, osteoporosis, anemia, algunos cánceres, etc. También conocemos que la adecuación del patrón de consumo alimentario hacia modelos más saludables puede contribuir de manera importante a la disminución del riesgo de sufrir ciertas patologías y a la promoción de salud y viceversa.

A lo largo de este siglo, se ha producido en España importantes cambios socioeconómicos que han repercutido

en el consumo de alimentos, y por consiguiente en el estado nutricional de la población; desde un periodo de posguerra sin excesivos cambios (1940-1960) a un periodo de expansión y desarrollo (1961-1991)².

La dieta de los españoles se ha basado tradicionalmente en el consumo de alimentos que actualmente se describen como beneficiosos para la prevención de muchas enfermedades crónicas; esta dieta era rica en cereales, legumbres, aceite de oliva, patatas, frutas y hortalizas de temporada, huevos, pescado y vino; con un moderado consumo de carne y leche. Esta dieta responde a lo que se considera «saludable».

Los datos disponibles en España permiten observar que se han producido cambios en la dieta de gran relevancia en los últimos 20 años. El consumo de carne y productos cárnicos, así como el de la leche y derivados ha crecido de forma rápida, produciendo un incremento de hasta más del doble de grasas de animales. Al mismo tiempo se ha incrementado drásticamente el consumo de productos de elevada elaboración industrial, como los destinados a aperitivos, postres, alimentos precocinados o listos para servir, bollería y pastelería. Estos productos originan un mayor aporte de sal, grasas saturadas y azúcares. En sentido inverso, productos tradicionales en la dieta, como el pan, el arroz, las legumbres, las patatas, etc., se están consumiendo paulatinamente menos³.

El español medio dedicaba a la alimentación el 50% de su sueldo, mientras que en la actualidad le dedica aproximadamente un 26%; es sabido que el porcentaje del presupuesto que se dedica a la alimentación es variable dependiendo del desarrollo y el nivel de vida de un pueblo, pues a mayor nivel económico menor es el porcentaje que dedica a la alimentación y viceversa, ya que una familia o colectividad con escasos ingresos dedica casi la mitad a la alimentación, en cambio cuando los ingresos son altos el porcentaje que dedica a la alimentación suele bajar, dedicando mayor porcentaje a cultura, educación, etc. A medida que aumentan los ingresos, se dedica más di-

Correspondencia: M.ª Teresa León Espinosa de los Monteros. Cno. de Ronda, 166, 2.º A. 18003. Granada.

Teléfono: 958 274 483 y 609 235 913.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 269-273

nero y se consumen más frutas, carnes y pescados, disminuyendo el dinero que se dedican a otros alimentos, como cereales, legumbres, hortalizas, etc. En la tabla 1, puede observarse la variación en los porcentajes de gastos en alimentación en los hogares españoles de 1958 a 1990. Se puede observar como ha descendido el porcentaje de gasto para las legumbres, patatas, pan, cereales, hortalizas, huevos, aceite, etc. En cambio el porcentaje de gasto e más elevado para las carnes, pescados, frutas frescas, leche, queso, azúcar, dulces y bebidas no alcohólicas.

TABLA 1
ESTRUCTURA DEL CONSUMO ALIMENTARIO
Porcentaje del gasto en alimentación. Hogares españoles. C.I.N. Documento Mesa Nacional

ALIMENTO	1958	1980-1981	1990
Pan, pastas, cereales, patatas, hortalizas	18.5	10.8	7.1
Legumbres	13.1	8.6	9.4
Frutas frescas	5.3	8.6	10.2
Carnes	17.6	28.7	27.6
Pescados	8.3	10.6	11.9
Huevos	6.8	2.9	2.4
Leche, queso, mantequilla	8.7	11.8	11.4
Aceites y grasas comestibles	8.5	4.9	3.9
Azúcar y dulces	4.2	3.2	6.2
Café, malta y otros	2.1	2.6	1.1
Vino, cerveza, licores	4.4	4.6	3.2
Bebidas no alcohólicas	0.3	1.5	1.8
Otros	2.2	1.2	3.8

Se puede comprobar en la tabla 2 el cambio radical en los hábitos de alimentación de los españoles que tienen también su reflejo en los cambios efectuados en el consumo de proteínas, grasas e hidratos de carbono en el periodo 1964-1990. En la primera columna se refleja el consumo ideal de los distintos principios inmediatos diarios, para obtener una buena nutrición. Sin embargo, vemos como según nos aproximamos al fin del milenio, consumimos más grasas y menos hidratos de carbono, hecho que tiene repercusiones ⁴.

TABLA 2
INGESTA ENERGÉTICA DIARIA EN ESPAÑA 1964-1990

	IDEAL	1964	1981	1987	1990
Proteínas	10-15%	11%	13%	14%	15%
Grasas	25-30%	31%	40%	47%	46%
H. Carbono	55-60%	58%	47%	39%	39%

Tomada de Ruiz Liso JM. «Juntos podemos», *Alimentación y Salud*.

Según los resultados de las encuestas de presupuestos familiares (1964-1991), tabla 3; se observa un continuo descenso del aporte de cereales (55% respecto a 1964), especialmente por la marcada disminución del consumo de pan, igualmente ha disminuido la ingesta de leguminosas a la mitad (20 gr/día), y las patatas que descendían de 300 gr/día de 1964 a 145 gr/día de 1991. Dentro

del grupo de aceites y grasas cuyo consumo es de 55 gr/día, predomina el aceite de oliva. Se ha producido un incremento de la ingesta de fruta que casi se ha duplicado en los últimos 30 años (185%), de carne (243%) y de pescado (121%). El consumo de lácteos, que aumentó considerablemente hasta 1981, ha experimentado un ligero descenso en los últimos 10 años; disminuyendo el consumo de leche líquida, parcialmente compensado por el aumento de otros productos lácteos, queso y yogur principalmente. El yogur como consumo en 1964 era casi inexistente, es el alimento que con mayor fuerza se ha in-

introducido en los hábitos alimentarios de los españoles. Es bajo el consumo de margarina (2 gr/día), mantequilla (0,9 gr/día). Se han observado grandes ingestas de vino y cerveza, a pesar de no estar considerado el consumo fuera del hogar ⁵.

El consumo de energía ha disminuido unas 400 kcal desde 1964 (tabla 4) debido en gran medida al descenso de la ingesta de pan y patatas.

La presencia de calcio en la dieta, así como la de vitamina C (aportada fundamentalmente por los cítricos y tomates) es satisfactoria, el zinc, el hierro y la vitamina D han disminuido, el resto de nutrientes permanece relativamente estable, salvo los beta-carotenos, que aumentan ⁵.

Del estudio sobre «Dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en España» coordinado por el Hospital Universitario San Carlos de Madrid y el Ministerio de Sanidad y Consumo, presentado en Madrid en 1993 y del Documento de la Mesa Nacional para la C.I.N. se deducen las siguientes características defini-

das en la dieta media nacional. Globalmente el aporte calórico es un 17% más elevado que las recomendaciones dietéticas, con una excesiva ingesta de productos de origen animal, lo que condiciona un exceso de proteínas en la dieta. El consumo de calorías es mayor en el hombre que en la mujer, con una diferencia

próxima de 400 calorías; son Castilla y León junto con Canarias, las regiones españolas con mayor consumo energético ⁴.

El 50% de la grasa proviene de los alimentos animales y otro tanto de los vegetales, superando su consumo en un 82% las recomendaciones dietéticas; son Castilla-León, Norte, Andalucía y el Levante las zonas con mayor con-

TABLA 3
TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS (G/PC/DÍA)

	1964	1981	1991
CEREALES	436	272	239
Arroz	27	22	22
Bollería	6	7	13
Galletas	6	16	15
Pan blanco	368	206	138
Pan integral	-	-	24
LECHE Y DERIVADOS	228	381	375
Leche de vaca	199	336	300
Leche de vaca desnatada	-	-	31
Queso	4	12	16
Yogur	0.7	16	21
HUEVOS	32	45	35
AZÚCAR	39	37	29
ACEITES Y GRASAS	68	65	55
Aceite de oliva	53	42	33
Aceite de girasol	0.4	14	17
Mantequilla	1	1.2	0.9
Margarina	0.4	1.5	2
VERDURAS	451	398	318
Patatas	300	196	145
Tomates	51	49	40
Lechugas	9	33	24
Judías verdes	10	16	13
LEGUMINOSAS	41	24	20
FRUTAS	162	283	300
Cítricos	59	88	103
Plátanos	20	35	26
Manzanas	16	44	42
CARNE Y DERIVADOS	77	179	187
Pollo	14	59	58
Cerdo	6	32	29
Embutidos	16	33	39
Vacuno	20	31	32
Cordero	14	11	13
PESCADOS	63	72	76
Bonito	13	7	1
Boquerones	4	4	4
Lenguado	0.6	4	6
Merluza	4	3	3
Pescadilla	13	23	21
Sardinas	11	7	5
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	145	170	113
Vino	130	117	70
Cerveza	5	43	38
BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS	46	98	97

Tomada de Moreiras O, Carvajal A Campo M. *Tendencias de los hábitos alimentarios y estado nutricional de España.*

TABLA 4
TENDENCIAS EN LA INGESTA DE ENERGÍA Y NUTRIENTES

	1964	1981	1991
Energía (kcal)	3008	2914	2634
Lípidos (g)	108	129	121
Hidratos de carbono (g)	423	333	294
Proteínas (g)	87	98	94
Calcio (mg)	620	882	849
Fibra dietética (g)	28	22	21
Hierro (mg)	17	15	14
Zinc (mg)	14	12	11
Vitamina C (mg)	121	133	126
Vitamina D (µg)	5	4	3.6
Vitamina A (µg)	597	986	1117

Tomada de Moreira O, Carvajal A, Campo M. *Tendencias de los hábitos alimentarios y estado nutricional en España.*

sumo de grasa. El déficit proporcional de carbohidratos se estima en un 12% y el de fibra alimentaria en un 12%. Castilla y León son las regiones con mayor consumo de carbohidratos, aunque sea deficitaria proporcionalmente en relación con el consumo de proteínas y grasas.

En la tabla 5 se refleja el consumo de los principales nutrientes en distintas zona geográficas de nuestro país. El consumo de proteínas es de 90,5 gr/día superando en un 71% las recomendaciones dietéticas. Un 62% de estas proteínas proviene de los animales, la distribución por

TABLA 5
CONSUMO DE LOS PRINCIPALES NUTRIENTES EN ESPAÑA

Zona geográfica	Energía (kcal)	Proteínas (g)	H. Carbono (g)	Fibra (g)	Grasa (g)	Colesterol (mg)
Media Nacional	2427	84	231	18	119	385
Noreste	2416	85	227	19	119	375
Levante	2413	82	241	18	114	356
Andalucía	2402	79	227	17	121	361
Centro sur	2315	83	215	17	115	386
Castilla León	2625	93	238	18	234	468
Noroeste	2536	86	253	19	119	408
Norte	2550	89	238	18	128	440
Canarias	2267	73	247	17	101	289

Tomada de Galardo Fernández MA. *Manual de alimentación alimentaria para educadores.*

regiones es más homogénea que en otros principios inmediatos.

El consumo de vitaminas A, B₁, B₂, es excesivamente elevado, así como la ingesta de calcio y hierro, mientras que el consumo de zinc es deficitario. El resto de vitaminas y sales minerales se puede considerar que están suficientemente cubiertas ⁴.

Podemos concluir que la tendencia en la alimentación en España en la década de los años 90 ha sido de ⁴:

- 1.—Disminución de la ingesta calórica.
- 2.—Disminución del consumo de huevos y legumbres a expensas de un mayor consumo de carnes y pescados.
- 3.—Disminuye el consumo de carne fresca dentro del aumento global de productos cárnicos.
- 4.—Ha disminuido el consumo de leche entera, que se

está sustituyendo por leches descremadas y semidescremadas.

- 5.—Aumento del consumo de mariscos, moluscos y crustáceos.
- 6.—Incremento del consumo de pastas alimentarias.
- 7.—Aumento del consumo de carnes y productos transformados, fundamentalmente salazones, embutidos, lomo y jamón.
- 8.—Aumento del consumo de conservas de pescado y mariscos.
- 9.—Aumento del consumo de productos y derivados lácteos del tipo de helados, cuajadas, natillas, etc.
- 10.—Disminución del consumo de patatas frescas y aumento del consumo de patatas transformadas (patatas fritas y otros aperitivos y derivados comercializados de la patata).

- 11.—Mayor implantación de los productos congelados.
- 12.—Aumento del consumo de frutas y vegetales.
- 13.—Aumento del consumo de platos precocinados.

Bibliografía

1. Aranceta J, Pérez C, Amela C, García R, Moreno E. Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimentarias en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Documento Técnico de Salud Pública n.º 23. Madrid; 1995.
2. Serra Majem LI, Ribas Barba L. Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en España. Dieta Mediterránea. En: Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, Mataix Verdú J. Barcelona: Ed. Masson; 1994. p. 303-310.
3. Briones E. España se acerca peligrosamente al norte. Salud para todos, n.º 41, septiembre; 1989; 4.
4. Ruiz Liso JM. Juntos podemos «Alimentación y Salud». Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1994.
5. Moreiras O, Carvajal A, Campo M. Tendencias de los hábitos alimentarios y estado nutricional en España. Resultados de las Encuestas de Presupuestos Familiares (1964-1991). En: Documento de consenso. Guías alimentarias para la población Española. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Barcelona: Editorial SG; 1995. p. 105-117.
6. Gallardo Fernández MA. Manual de alimentación alimentaria para educadores. Madrid: Fundación Caja Madrid; 1992. p. 240-244.

ARTÍCULO ESPECIAL

Comentarios al estudio: Intervención para reducción de eventos finales en hipertensión con Losartan. Estudio Life

Autores: Björn Dahlöf, Richard Devereux, Sverre E Kjeldsem, Stevo Julius, Gareth Beevers, Ulf de Faire, et al. Losartan intervention For Endpoint reduction in hypertension.

Comentarios: Martín Rioboó E¹, García Criado E¹, Fonseca del Pozo FJ².

¹ Grupo de HTA de SAMFYC, ² Colaborador del grupo de HTA de SAMFYC.

Objetivo. Determinar si Losartan es superior a Atenolol en relación a un combinado de morbimortalidad cardiovascular, en pacientes hipertensos de alto riesgo cardiovascular.

Diseño. Ensayo de grupos paralelos, aleatorizado, doble ciego, con doble enmascaramiento y análisis por intención de tratar.. 5 años de duración.

Emplazamiento. 945 centros en Dinamarca (1391), Finlandia (1485), Islandia (133), Noruega (1415), Suecia, (2245), Reino Unido (817) y Estados Unidos (1707).

Población de estudio: Un total de 9222 participantes que fueron asignados a los grupos de tratamiento. Se disponen datos de 9193 pacientes para análisis finales. 56% de mujeres. Pacientes de 55-80 años con hipertensión (definida por cifras superiores a 160/95) tratada o no tratada y con signos electrocardiográficos de HVI. Se excluyeron aquellos pacientes con hipertensión arterial secundaria, IAM o ICTUS previo en los 6 meses anteriores, angina inestable en tto con antagonistas del calcio o betabloqueantes, e insuficiencia cardiaca o con fracción de eyección inferior al 40%

Intervención: Tratamiento antihipertensivo basado en 50 mg de atenolol o losartan una vez al día. Si no se alcanzaba la presión arterial objetivo (140/90 de forma opcional y 160/95 de forma obligada), se iba añadiendo hidrocloreotiazida (HCTZ) 12.5 mg, incremento de dosis a 100 de losartan o atenolol, o de HCTZ a 25 mg/d en cada visita (meses 2, 4 y 6), y posteriormente con el uso de otros fármacos antihipertensivos con exclusión de IECA, ARA 2 y betabloqueantes, con objetivo de presión de 140/90.

Medición del resultado: El resultado principal fue la combinación de episodios cardiovasculares primarios (muerte de origen cardiovascular, infarto de miocardio o ictus). Los resultados secundarios fueron mortalidad total, ingreso hospitalario por angina de pecho o insuficiencia cardiaca, revascularización, paro cardiaco reanimado y diabetes de nueva aparición.

Resultados principales: Se observó una reducción del riesgo relativo ajustado del 13% (RRR 0.87, IC 0.77-0.98), con una p significativa igual a 0.021, para la combinación de eventos cardiovasculares primarios. La RRR no ajustada (sin tener en cuenta la posible relación de variables dependientes como HVI o puntuación de riesgo de Framingham) fue del 14.6% (RR 0.85, IC 0.76-0.96).

Por separado tanto la mortalidad cardiovascular como los ictus presentaron beneficios a favor de losartan medidos por RRR de 11.4% p=0.206, y 24.9% p=0.010, respectivamente. La aparición de IAM no mostró diferencias estadísticamente significativas. Respecto a los objetivos secundarios no hubo diferencias significativas entre ambos fármacos excepto para la diabetes de nueva aparición, en la que se observó una reducción del riesgo relativo del 25% a favor de losartán, (RRR 0.75, IC 0.63-0.88) con una p significativa igual a 0.001.

Conclusión: El Losartán reduce frente a atenolol un criterio de valoración combinado de morbimortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos con HVI independientemente del descenso tensional conseguido.

Comentarios

Este estudio demuestra por primera vez una superioridad de un fármaco frente a otra situación que no sea placebo, respecto a un objetivo primario de morbimortalidad cardiovascular combinada.

Es destacable el gran número de pacientes que se consiguieron aleatorizar con el principal criterio de inclusión

Correspondencia: Enrique Martín Rioboó. C/ Antonio Barroso Castillo, 10, 4-1. 14006. Córdoba. Correo electrónico: emartinrioboo@supercable.es.

Teléfono: 957 402 226.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 274-276

que fue la HVI medida por ECG. Hasta la fecha no existían más que pequeños estudios de pacientes con HVI, donde se hubiese demostrado que el tratamiento de la misma y su reversión, consiguiesen resultados positivos medidos como morbimortalidad cardiovascular.

La aleatorización de los pacientes fue correcta en ambos brazos no encontrándose diferencias apreciables en las variables medidas.

La medida de la HVI fue con criterios del producto de Cornell por la duración del QRS y por criterios de Sokolow. Aunque la sensibilidad que se alcanza para la medición de la masa ventricular izquierda con criterios electrocardiográficos no es la mejor si la comparamos con el ecocardiograma, tiene la ventaja de que se adapta a las disponibilidades de la Atención Primaria. Aún así, la capacidad que alcanzan estos criterios para detectar la HVI es de una sensibilidad del 50% y una especificidad del 95%. Se estimó en el estudio, y luego se pudo comprobar al finalizar el mismo, que al menos un 70% de los pacientes que cumplieran estos criterios tendrían una HVI anatómica. Hay que anotar igualmente la dificultad que existe hoy día para calcular el producto de Cornell en las consultas de Atención Primaria, que precisaría de sistemas informatizados de electrocardiografía, por lo que parecería más prudente, a pesar de alcanzar una sensibilidad ligeramente inferior, seguir calculando en nuestra consultas la HVI mediante el Índice de Sokolow-Lyon.

En los estudios realizados previamente comparando fármacos, en ninguno de ellos se pudo obtener una diferencia significativa más allá del descenso de la presión arterial^{1,2}

Aunque pueda parecer pequeña la reducción del riesgo relativo (13%), hay que tener en cuenta que esta reducción es añadida a la teórica reducción de episodios cardiovasculares conseguida por los betabloqueantes en otros estudios, que oscilaron entre un 15-45%. Así en otro ensayo en el que se compararon un diurético con tres betabloqueantes y un placebo se produjo una disminución del 40% en el grupo de los betabloqueantes respecto a la valoración de morbimortalidad combinadas, y aunque de forma estimativa este efecto podría ser sumativo a esta RRR del 13% referida³, aunque haría falta un estudio diseñado a tal fin para demostrarlo.

El NNT para el criterio de valoración principal fue de 56, algo superior al obtenido por otros estudios de tratamiento con antihipertensivos, aunque hay que tener en cuenta que en estos estudios la valoración se hizo frente a placebo.

Las cifras tensionales finales alcanzadas para losartan y atenolol fueron de 144.1 y 145.4 para la presión arterial sistólica y de 81.3 y 80.9 mmHg respectivamente para la presión arterial diastólica. Estas pequeñas diferencias, no

implicaron ningún cambio en la valoración final al realizar un ajuste respecto a las mismas.

Dado que hubo una menor masa ventricular izquierda al finalizar el estudio a favor del losartan (reducción de 290 y 124 mm para el producto de Cornell, y 4.6 versus 2.7 en Sokolow, $p < 0.0001$) se podría pensar que la diferencia en el objetivo primario se podría explicar por este cambio. Sin embargo cuando se realizó un ajuste para esta reducción, mostró solo una relación parcial (menor a un tercio) que explicase el beneficio adjudicado a losartan.

Es de destacar que la incidencia de IAM (mortales y no mortales), solo mostró una pequeña diferencia a favor de atenolol (188 casos frente a 198), que no fue estadísticamente significativa (RRR 1.07 $p = 0.491$). Ello a pesar de que como era de esperar se produjo un descenso significativo de la frecuencia cardíaca en el grupo de atenolol (-7.7) frente al losartan (-1.8) latidos por minuto ($p < 0.0001$). Si tenemos en cuenta los beneficios indiscutibles que han mostrado los betabloqueantes en los estudios de prevención secundaria en cardiopatía isquémica, podría hablarse de un resultado alentador para losartan.

Los efectos secundarios de los fármacos, tan temidos en los estudios de incremento de dosis, fueron menores, mostrando de forma global una menor incidencia en el grupo de losartan.

Respecto al desarrollo de diabetes de inicio, los resultados son congruentes con otros estudios realizados con IECA (CAPPP², HOPE⁴), y probablemente relacionados con el efecto beneficioso que la inhibición del sistema renina angiotensina produciría en el conocido síndrome metabólico, aunque al ser una variable secundaria no se pueden sacar conclusiones al respecto.

En la valoración negativa del estudio hay que tener en cuenta que se ha realizado en países exclusivamente del área anglosajona (EEUU, Reino Unido y países nórdicos). Ello habría que replantearlo con la participación de países del área mediterránea, dado el menor riesgo de acontecimientos cardiovasculares que se han sugerido, en otros estudios epidemiológicos⁵, a pesar de partir del mismo riesgo teórico, lo que podría deberse a otras variables genéticas y nutricionales no tenidas en cuenta en la presente revisión.

En otro apartado no se describen en el estudio final el tipo de fármaco con el que estaban siendo tratados con anterioridad los pacientes, (se incluyeron pacientes hipertensos tratados o no tratados) que podrían haber influido en el desarrollo y la aleatorización del mismo.

Por otro lado no se realizó una cuantificación del efecto de los otros fármacos incluidos en el estudio, diferentes a los protocolizados y que si tuvieron una incidencia de uso diferente en ambos grupos (23 y 27% para losartan y atenolol), lo que supuestamente podría haber cambiado alguno

de los resultados finales. No se observó una disminución de ácido úrico al finalizar el desarrollo en el grupo de losartán (como hubiese sido posible esperar dado el efecto uricosúrico atribuido al mismo) aunque sí que se apreció un menor aumento en este grupo frente a atenolol (19.5 vs 47.2), no realizándose ninguna valoración sobre la influencia de estos cambios en la variable principal del ensayo.

Por tanto estamos ante el primer estudio que ha demostrado una superioridad de un fármaco (losartán) frente a otro (atenolol) en el desarrollo de eventos cardiovasculares definidos como morbimortalidad combinada en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Es previsible un cambio en las próximas guías terapéuticas y consensos en HTA y patología cardiovascular, ante los resultados del mismo, ofreciendo probablemente la indicación del losartán como fármaco de primer orden en hipertensos con HVI.

Dado lo ajustado de la RRR podrían plantearse la realización de nuevos estudios similares al efectuado para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

1. Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Schersten B. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 22: 147-53.
2. Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, Lanke J, Heaner T, Niklason A. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *The Lancet* 1999; 353 (9153): 611-616.
3. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekblom J. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338: 1281-85.
4. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events, in high-risk patients: the Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigator. *N Engl J Med* 2000; 342: 145-53.
5. Van den Hoogen P, Feskens E, Nagelkerke N, Menotti A, Nissinen A, Kromhont D. For the Seven Countries Study Research Group. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *N Engl J Med* 2000; 342: 1-8.

ÁREA DOCENTE

ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. (III). Montaje y desarrollo de una ECOE

de Serdio Romero E ¹.

¹ *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria. Miembro del Grupo de Evaluación de la Competencia de la SAMFyC (GRECOSAMFyC). Coordinador provincial de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.*

Los dos capítulos anteriores se han dedicado a comentar sucintamente los conceptos de competencia y su evaluación, así como a describir algunos instrumentos evaluativos para centrarnos en el formato ECOE y los elementos fundamentales para su diseño: comité de prueba, tabla de especificaciones y casos (Medicina de Familia (And) Vol. 3 n.º 1, febrero 2002 y Vol 3 n.º 2 mayo 2002). En esta tercera y última entrega se tratará de la organización y desarrollo de una ECOE, y más concretamente de:

- 1.—montaje de la rueda de estaciones
- 2.—selección y entrenamiento de pacientes estandarizados y evaluadores
- 3.—puesta en marcha y desarrollo

Finalmente, se incluye un anexo con la infraestructura y recursos necesarios para habilitar un espacio dedicado a llevar a cabo pruebas de evaluación clínica objetiva estructurada.

1. Rueda de Estaciones

Las estaciones son los espacios por los que los examinados pasan y donde tienen lugar las situaciones o casos que habrán de resolver: encuentros clínicos, diagnósticos de imagen, preguntas cortas, etc. Podríamos decir que son las unidades básicas o eslabones de la cadena de evaluaciones que es una ECOE. Como ya comentamos en la entrega anterior, el contenido de cada una de estas estaciones se determina en la elaboración de cada caso, así como el tipo de actividad que se desarrolla, tiempo máximo que puede emplearse, el o los instrumentos evaluativos que van

a utilizarse, listado evaluativo, componentes competenciales que contribuye a evaluar y en qué porcentaje, etc. Por tanto, el primer paso para poner en práctica una ECOE ya diseñada es ordenar las estaciones que la componen en el tiempo y en el espacio.

A cada una de las estaciones se le asignará un número, de manera que su identificación sea más sencilla y sin equívocos. El orden en el que se coloquen va a depender sobre todo del espacio del que dispongamos y de las características y requerimientos de cada estación. Deberán disponerse de manera que los examinados vayan pasado de una estación a la siguiente de una manera rápida y fácil, sin pérdidas de tiempo y concentración. Para ello se construye una rueda de estaciones de manera que se colocan por orden correlativo una junto a otra, terminando la última junto a la primera. Primero se hace sobre el papel, para más tarde situarla en el espacio real donde vaya a tener lugar la ECOE. De esta manera se optimizan los recursos y el tiempo, ya que podrán realizar la ECOE de manera simultánea un número de examinados igual al número de estaciones. En efecto, si una ECOE consta de treinta estaciones, podrán realizarla a la vez treinta examinados, ya que cada uno empezaría por una estación distinta e irían pasando a la siguiente. Para ello es imprescindible que se diseñen de manera que todas las estaciones sean del mismo tiempo y que no haya estaciones que para ser realizadas necesiten haber hecho previamente otra. Cada participante al final habrá pasado por todas las estaciones, en el mismo orden pero empezando por una distinta.

Una vez colocadas las estaciones en el espacio real donde va a tener lugar la ECOE, hay que asegurarse que cada una de ellas dispone de todo lo previsto: mobiliario, instrumentos evaluativos, documentos, etc. El confeccionar un listado de equipamiento de cada estación, incluidos todos los requerimientos que pueda precisar (línea de teléfono, lavabo,...), es muy útil para comprobar que todo está listo para comenzar.

Correspondencia: correo electrónico: eserdio@hvr.sas.cica.es

Recibido el 02-09-2002; aceptado para su publicación el 29-09-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 4: 277-281

2. ■ SELECCIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PACIENTES ESTANDARIZADOS Y EVALUADORES

Los pacientes estandarizados suelen ser actores entrenados para simular a un paciente en todo lo relativo a su historia clínica, exploración física, actitudes, y aspectos emocionales y comunicacionales que vengan determinados por el caso que van a representar. Sus respuestas siempre ofrecen la misma información, reaccionando siempre de la misma manera. Su utilidad como instrumentos de evaluación sumativa y formativa, y también como instructores de estudiantes y profesionales está ya suficientemente constatada. Los pacientes estandarizados presentan muchas ventajas sobre los pacientes reales: están disponibles en cualquier momento y lugar, permiten la representación de diferentes estadios evolutivos de una enfermedad y de complicaciones o efectos secundarios sin tener que esperar o intervenir, facilitan el conocimiento de enfermedades de baja prevalencia, evitan los riesgos de errores reales diagnósticos o terapéuticos, se estandarizan de manera que presentan igual complejidad frente a todos los examinandos o estudiantes,...

Los actores deben ser seleccionados teniendo en cuenta el número de ellos que se necesitan y también las características que deben reunir para representar los casos en los que van a intervenir como verdaderos instrumentos evaluativos. Por tanto, son determinantes la edad y el sexo, y también en ocasiones se necesitará alguna característica concreta, tales como raza, estatura, peso, marcas o cicatrices, idioma, etc. La caracterización deseada se completa mediante vestimenta, maquillaje, manera de expresarse, lenguaje no verbal, actitud,...

La selección comienza con una prueba de los candidatos, convocados previamente mediante anuncios u otros medios, con el fin de comprobar que se poseen las características físicas solicitadas y su capacidad para asumir un papel de este tipo: expresividad emocional, ausencia de actitudes negativas, ... Existen ya bases de datos de actores preseleccionados para ECOE y donde figuran las características útiles para este cometido.

La preparación de un actor puede correr a cargo de los organizadores de la ECOE o incluso de alguno de los autores del caso que —pudiera decirse— va a protagonizar. Se estima una duración media de 8 horas, más si debe estandarizar reacciones orales como expresión de sus emociones o sentimientos y más aún si va a realizar también el cometido de evaluador. En la práctica es variable según la complejidad del papel a representar. Es necesario hacer un ensayo en el espacio real donde va a desarrollarse la prueba poco antes de empezar, que sirva de repaso y para adaptarse al lugar y mobiliario concretos.

Teniendo en cuenta que una de las características de la

ECOE es que los casos se asemejen a la realidad, los evaluadores conviene que sean profesionales experimentados, que conozcan bien el desempeño y las circunstancias en las que tiene lugar la práctica real de la profesión o especialidad que va a ser evaluada, ya que de esta manera será más fácil su entrenamiento, comprenderán e interpretarán adecuadamente las diferentes maneras de actuar de los examinandos, darán a éstos garantía de ser evaluados por colegas de prestigio, y tendrán buen criterio para resolver con solvencia los imprevistos que sucedan.

Su formación como evaluadores se basa esencialmente en que conozcan —siquiera someramente— los fundamentos de una ECOE y el desarrollo concreto de aquella en la que van a participar, se familiaricen con el caso y con el listado evaluativo que habrán de cumplimentar, asuman los criterios para otorgar las puntuaciones y conozcan las normas generales. Antes de comenzar se les explica individualmente, y se le da también por escrito, la siguiente información:

- Situación inicial del caso, es decir, los datos de los que dispondrá el examinando previamente al inicio de la estación, así como el tiempo máximo que puede emplear y cómo se avisará el comienzo y final de cada estación.
- Su papel dentro de la estación: si hará sólo de evaluador que se mantiene al margen u oculto, o además deberá formular preguntas, facilitar material, dar resultados de pruebas complementarias o instrumental al examinando según éste lo solicite, etc.
- Cómo y cuándo debe cumplimentar las hojas de evaluación: anotar las puntuaciones de cada ítem en tiempo real, código de cada participante, cómo y a quién consultar alguna incidencia sobre la marcha, etc.
- Normas generales: el evaluador es la máxima autoridad en la estación, debe mantener el orden y hacer cumplir estrictamente los tiempos, ante varias interpretaciones igualmente válidas elegir la más favorable al examinando, ante alguna respuesta, acción o decisión no contemplada en los criterios de evaluación aplicar su propio criterio profesional y anotarlo en incidencias, mantenerse siempre neutral y no favorecer o ayudar a ningún participante ni darle información sobre cómo han actuado, no abandonar nunca el rol de evaluador.

La función de evaluación en sentido estricto puede hacerse también en algunas estaciones a distancia e incluso diferida si se emplean grabaciones o circuitos cerrados de televisión, aunque no están exentos de problemas técnicos, especialmente la amplitud del campo que se graba y la calidad del sonido. De esta manera además pueden conservarse las actuaciones de los examinandos, por si fuera necesaria alguna verificación posterior. Sin embargo, al evaluarse siguiendo un listado donde ya están fi-

jadas las puntuaciones para cada evento, la evaluación consiste esencialmente en constatar si se dan o no los eventos previstos, por lo que este sistema no aportaría mayor objetividad aunque diera la oportunidad de evaluar cada estación por más de una persona.

En algunas ocasiones los pacientes estandarizados realizan una parte de la evaluación. Esto es útil sobre todo en la valoración de aspectos emocionales y comunicacionales de la relación médico paciente, ya que nadie mejor que el propio actor puede valorar elementos de comunicación no verbal o sentimientos suscitados. También la pericia en algunas técnicas de exploración física puede ser mejor apreciada por el paciente ficticio que por un observador. En todo caso, siempre deberá hacerlo de manera objetiva y estructurada siguiendo un listado evaluativo. Y de manera inversa, hay algunos tipos de estaciones como las consultas telefónicas en las que el evaluador puede hacer las veces de paciente simulado, planteando el problema con determinados tonos de voz, actitudes, estados de ánimo,...

3. PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO

La ECOE comienza con la llegada de los examinandos al sitio donde va a tener lugar la prueba. Estas personas habrán tenido que cumplir los requisitos que la institución, empresa u organismo convocante haya determinado para poder presentarse a la misma, y que lógicamente serán diferentes según el convocante y el objeto de la ECOE. Siendo este tipo de pruebas poco conocido aún en nuestro medio, es conveniente también que los participantes hayan recibido previamente alguna información sobre cómo es, cómo se desarrolla y cómo se evalúa una ECOE, así como el lugar, el tiempo de duración estimado y si es necesario que aporten algún tipo de material (fonendo, bolígrafo, etc.) o vestimenta específica. Además de las notificaciones personales o públicas, facilitar una información suficiente mediante un medio de amplia difusión entre los examinandos (revista profesional o corporativa, sitio en internet) facilitará la difusión de una información única, homogénea y veraz, evitando rumores más o menos infundados y aportando transparencia, requisito imprescindible para cualquier proceso de evaluación justo y democrático.

Una vez presentados e identificados el número de participantes que van a constituir la primera tanda, y que como ya hemos comentado deberá ser igual al número de estaciones que componen la ECOE, tendrá lugar una reunión en un aula con los siguientes objetivos y actividades:

- presentación de las personas responsables de la prueba
- asignación de número o código a cada participante
- distribución del material y la documentación que se con-

sideren necesarios para realizar la prueba: listado de estaciones con su número, nombre, situación de partida, tiempo del que se dispone para esa estación, alguna otro dato, etc.

- descripción del desarrollo de la prueba concreta en sí: espacios que van a utilizarse, número de estaciones y duración, descansos si los hubiera, tipos de estaciones, cómo van a ser avisados de los tiempos, cómo es la circulación para pasar de una estación a otra,...
- facilitación de información de última hora: modificaciones si las hubiera sobre lo previsto o publicado, a quién pueden dirigirse para cualquier incidencia en el transcurso de la prueba,...
- aclaración de todas las dudas de los participantes

Tras dejar en el lugar destinado a ello bolsos, abrigos, carteras, etc. se pasa ya al espacio donde están montadas las estaciones y, por el orden que se haya establecido, cada examinando se colocará delante de la estación que le corresponda como la primera de su recorrido particular. En la puerta de cada estación, además de su número, es conveniente recordar por escrito la situación de partida de esa estación y en qué consiste, para evitar errores y facilitar la tarea de los participantes. A una señal (acústica, luminosa,...), dada por un miembro de la organización que hace de controlador del desarrollo de la prueba, cada participante entra en una estación. Una vez transcurrido el tiempo estipulado, vuelve a darse la señal para que los examinandos abandonen la estación en la que están, salgan al pasillo o espacio distribuidor y pasen a situarse delante de la siguiente. Puede también acordarse una señal poco antes de finalizar el tiempo. Tras un pequeño descanso volverá a darse la señal para entrar de nuevo en la estación correspondiente. En las zonas de circulación se situarán algunos miembros de la organización como facilitadores para resolver incidencias o dudas y velar por el buen funcionamiento en general.

Una vez han pasado todos los participantes por todas las estaciones la prueba en sí ha finalizado. Es conveniente entonces hacer una nueva reunión para que cumplimenten la hoja de evaluación a la ECOE, donde expresarán libremente sus opiniones sobre distintos aspectos más de la misma. De esta manera se lleva a la práctica el principio de bidireccionalidad de la evaluación, lo que permite corregir errores y mejorar la calidad de estas pruebas. Los evaluadores entregarán entonces los listados evaluativos cumplimentados y las incidencias que hayan tenido lugar. Estos listados, como cualquier examen de otro tipo, se guardarán y custodiarán hasta que pasen el proceso de corrección, que puede ser mediante lectores ópticos similares a los empleados para los exámenes tipo test.

Y ya estamos en disposición de que una nueva tanda de examinandos realice esta misma ECOE. La calificación de cada examinando puede expresarse para cada componente competencial y/o para el total de los componentes competenciales de la Tabla de especificaciones. Como se decía en el primer artículo de esta serie, la potencia de este formato radica en la mezcla de métodos de evaluación, de manera que salvo la práctica real es capaz de explorar los otros niveles de la pirámide de Miller (sabe, sabe cómo y demuestra cómo). Esto, y su semejanza con el desempeño real, hace de las pruebas tipo ECOE un instrumento de gran utilidad en cualquier proceso de aprendizaje.

Agradecimientos

Como se explicaba en la primera entrega, la mayor parte del material expuesto ha sido tomado de diversos textos (documentos, publicaciones, comunicaciones, ponencias, borradores, memorias, informes,...) de numerosos autores. Para todos ellos, verdaderos artífices del contenido de este trabajo, nuestro agradecimiento.

Al-Shehri, A; Amo Alfonso, M; Belle Brown, J; Biehn, J; Blay Pueyo, C; Bosch Gras, C; Bonal Pitz, P; Borrell, F; Brailovsky, C; Cabrera Rodríguez, JM; Cots i Yago, JM; Florensa i Claramunt, E; Friedman, M; Gálvez Alcaraz, L; Gómez Sáez, JM; Gorroñoigoitia Iturbe A; GRECOSAMFYC; Handfield-Jones, R; Igual Luis, JF; Iruela López, A; Martínez Carretero, JM; Izquierdo Martínez, A; Jaurrieta Mas, E; Medina Peralta, M; Morera Castell, R; Newble, DI; Pololi, LH; Pou Bordoy, J; Prados Castillejo, JA; Pujol Farriols, R; Rainsberry, P; Ruiz i Gil, E; Sellarès Sallas, J; SCMFYC; Solé Sancho, F; Stanley, J; Sutnick, A; Van der Vleuten, CPM y otros.

ANEXO

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS NECESARIOS

El desarrollo de una prueba de este tipo, singularmente para profesiones sanitarias, que incluye en centros clínicos, simuladores, etc. requiere de espacios que, además de asemejarse a la realidad, permita el trabajo de los evaluadores y la circulación de los examinandos, así como disponer del equipamiento adecuado y de los instrumentos evaluativos que van a usarse y que, como se ha dicho, se especifican en cada uno de los casos que dan lugar a las estaciones de la ECOE. Habitualmente se emplean locales sanitarios (centros de salud, bloques de consultas externas,...) que contienen ya buena parte de los recursos que vamos a utilizar. También pueden diseñarse expresamente espacios para llevar a cabo las pruebas, que serían como «pistas de ECOE», espacios e infraestructura permanentes y capaces de ser adaptados a las especificidades (número de estaciones, contenido de cada una de ellas, tipo de profesionales que se evalúan,...) de cada prueba que se desarrolle en ellas. Una ECOE no debería estar constituida por más de treinta estaciones, ya que una duración excesiva agotaría a los participantes, artefactando los resultados. En todo caso, y dependiendo del contenido de las estaciones y del tipo de profesionales que se evalúan, una buena orientación es construir la ECOE de manera que, también en su duración, sea lo más parecida posible al desempeño habitual de la profesión de que se trate. Partiendo de que treinta es el número máximo recomendable de estaciones, y por tanto el número máximo de examinandos que formarán cada tanda, en un local expresamente destinado a pruebas ECOE se debería contar con los siguientes espacios, equipamiento e instrumentos evaluativos:

- Zona de recepción e identificación de participantes, con sala de espera (30 plazas al menos), mostrador, ordenador, etc. Con acceso desde el vestíbulo del recinto, su finalidad es facilitar la primera información, la identificación de los examinandos y la constitución de los grupos que participarán en cada una de las ruedas de estaciones.
 - Dos salas para vestuarios y descanso de los examinandos. Con taquillas (30 cada sala, para poder solapar dos tandas) para guardar abrigos, bolsos, etc. y poderse cambiar de ropa si es preciso, así como sillas y alguna mesa.
 - Dos o tres salas de descanso y guardarropa: para los evaluadores, actores y logistas. Independientes de las anteriores de manera que puedan aclararse dudas, comentar incidencias o impartir instrucciones sin temor a interferencias o indiscreciones. Equipadas con sillas cómodas y mesas agregables. alguna de ellas al menos deberá contar con medios audiovisuales aunque sean básicos. Preferible si disponen de máquinas expendedoras de bebidas y comida. Deben permitir trabajar, descansar e incluso hacer comidas frías.
 - Un espacio amplio capaz para contener treinta estaciones, la gran mayoría consultas construidas con material panelable (habitación 3x4 metros cuadrados) pero que permitan la necesaria insonorización, contiguas y dispuestas en forma de círculo o en varias calles, mejor en una misma planta y con dos puertas que se abrieran a un pasillo delantero y otro trasero, dotadas del equipamiento clínico básico:
 - mesa
 - 2 sillas para el examinando y paciente simulado o administrador de la prueba
 - 1 silla con apoyapapeles para el evaluador
 - camilla de exploración
 - biombo
- Otro equipamiento necesario, aunque no para todas las consultas, podrá ser:
- teléfono conectado interiormente
 - ordenador
 - otoscopio
 - oftalmoscopio
 - aerosoles
 - espirómetro
 - camilla de exploración ginecológica
 - manómetro
 - foco de luz
 - negatoscopio
 - lupa
 - fonendoscopio
 - martillo de reflejos
 - optotipos
 - báscula y tallímetro (también para niños)
 - otros según exigencia de los casos
- Puede habilitarse expresamente una consulta como quirófano de cirugía menor. Aunque no fuera así, hay que disponer del equipamiento necesario para ello: suturas, tijeras, paños, etc.
 - Aula para 30 personas con equipamiento audiovisual. En ella tendrían lugar las reuniones con los examinandos al principio y al final de la prueba. También las reuniones con los evaluadores, etc.
 - Sala de reuniones con mesa central para reuniones del equipo organizador. Equipamiento audiovisual.
 - Despacho de dirección con mesa redonda de reuniones y tresillo para despacho de trabajo o entrevista personal.
 - Instrumentos evaluativos de mayor uso: simuladores, programas de ordenador, videograbaciones, imágenes, maniqués, videocámaras, reproductores de vídeo, etc.
 - Equipamiento de oficina: fotocopiadoras, ordenadores, impresoras, teléfono, fax, internet,...
 - A valorar otros espacios: sala de prensa, área administrativa, sala de invitados.

CARTAS AL DIRECTOR

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 1997. 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 enfermeda-

des 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.
jgarcia@csalud.junta-andalucia.es

Médico de familia, botica y la «mosca» de la Administración

Sr. Director:

Tras la lectura del editorial reciente [M. Gálvez Ibáñez. «Libertad de prescripción, libertad de dispensación». *Medicina de familia Andalucía*, mayo 2002; 3 (2): 77-78] fueron varias las respuestas personales que ello suscitó.

Inicialmente el deseo larvado de «caza de brujas» o de «depuración interna» que subyace en su contenido me llamó la atención. Es una especie de incitación a realizar un cónclave interno en lo que a los médicos de familia respecta, para depurar las toxinas que parece que la industria farmacéutica nos inoculara. No creo que sea por completo negativa su existencia, pues gracias a su apoyo económico son muchas las acciones que nuestras sociedades pueden sacar adelante en temas tan cotidianos como la distribución de publicaciones o apoyos en congresos o reuniones científicas de diferente índole. No creo que yo deba ser el que incite a la vergüenza de ninguno de mis colegas por su acciones, pues ¿acaso soy yo el «sumum de la perfección»? Para ello están los comités de ética profesional de nuestros colegios, de los que deberíamos de hacer uso en caso de que creyéramos que fuera preciso.

En cuanto al tema de la *prescripción por principio activo*, pienso que caerá por su propio peso, pues si su existencia se debe a una medida para el control del gasto farmacéutico, se puede demostrar en un momento que esta forma de actuar es más gravosa que la prescripción mediante nombres comerciales. El motivo de ello es por todos conocido: hay un alto porcentaje de fármacos que se encuentran bajo el precio de referencia que nunca se entregan a los pacientes cuando se les prescribe por principio activo al ser desplazados por otros de precio superior al primero y sin sobrepasar el de referencia. El boti-

cario no es baladí y sabe que a mayor precio mejor margen de beneficio. Todo ello sin entrar a comentar el tema de la sensación de descontrol que induce en el paciente (máxime en niveles socioculturales muy bajos) el ver que todos los meses le cambian la presentación de sus pastillas de la tensión ...

Pienso que lo mejor en este tema sería abandonar la prescripción por principio activo y *tan solo financiar un nombre comercial* de un fármaco por cada tipo de presentación del mismo, con lo que se llevaría las ventas tan solo un laboratorio farmacéutico para ese tipo de presentación y se conseguirían importantes descuentos en su licitación a nivel nacional o autonómico. Con ello se evitaría ciertas «argucias de marketing» dudosas y la proliferación de nombres comerciales para una misma presentación en nuestras consultas con consabidas discusiones con nuestros pacientes o usuarios en las consultas por modificaciones de prescripción sin cambio de principio activo ni presentación.

Buena razón tiene nuestro compañero cuando argumenta (con buen atino y peso) el que sea bien visto por nuestras «mentes pensantes politicomparlantes» el que *al médico se le fustigue con el peso de la ética* y al boticario se le apruebe con su afán de lucro empresarial. No dejemos de lado el hecho de que no somos pocos los médicos empresarios o autónomos que debemos ser bien vistos desde tal punto de vista por ampliación, ¿no? Bueno, y sin mencionar que a diferencia de ellos que pueden ser desplazados por un mancebo para «despachar» las pastillas, el médico no puede ser desplazado por nadie en sus menesteres; de lo cual me enorgullezco a pleno pulmón. Harina de otro costal sería el que nos metiéramos en comentar el tema de la dispensación de fármacos sin prescripción alguna a diestro y siniestro de lo que somos testigos en las farmacias ...

Acertado punto de vista en el tema de la «*doble moral*» a la que nos vemos sujetos con la salida de nuevos fármacos para que después sean denostados por las agencias de evaluación de los medicamentos. Es como al niño que tras enseñarle el caramelo con todo el beneplácito del mundo, se le prohíbe comer por desconocer si luego le caerá bien.

Recordemos que los denominados «*gastos de representación*» es una realidad del día a día del comercio y a ello todos nos atenemos en mayor o menor cuantía. Y si no miremos a esos políticos que tanto nos atosigan y acusan con su dedo por temas de gastos en sanidad cuando ni Dios mismo sabrá el alto precio que su existencia nos depara en tales conceptos cuando tienen que inaugurar un tramo de carreteras y luego para celebrarlo se van todos a un afamado restaurante de la zona para incrementar los lípidos que después tendremos que reducir con una receta por principio

activo. ¿No son estos «viajes pseudopolíticos»? Y a esto no contraatacamos!!!!

La *respetabilidad social* que estamos perdiendo la podemos recuperar con medidas tan simples tales como el recoger las riendas de la prescripción al evitar que se les

cambie en las farmacias los productos que prescribimos y se nos menosprecie con tales acciones tan lucrativas para el boticario.

*Dr. Manuel M.ª Ortega Marlasca
Especialista en medicina familiar y comunitaria*

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de abril a 30 de junio de 2002)

Alonso Morales F, Gálvez Alcaraz L, Guerrero García FJ, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Sánchez García C.

Médicos de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de abril y el 30 de junio 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

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.

Aiarzagüena JM, Grandes G, Alonso-Arbiol I, Oleaga MB, Marco J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria* 2002; 29: 558-561 [QE, I]

López-Picazo JJ, Agullo F, Villaescusa M, Cerezo JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. *Aten Primaria* 2002; 30: 92-98 [QE, I]

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in Primary Care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823 [M, I].

Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med* 2002; 34: 312-318. [R, I]

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

Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503 [M, II]

Soriano N, Brotons C, Permanyer G, Moral I, Alegre J, Martí J. La atención médica de los pacientes con insuficiencia cardiaca: características clínicas, determinantes del pronóstico y seguimiento en la atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29: 531-539 [S, I]

Pérez M, Fernández R, Gayoso P, Martínez A. Valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo en un centro de salud en función de las patologías crónicas asociadas y grado de control de la HTA. *Aten Primaria* 2002; 29: 540-546 [T, I]

Cordon F, Solanas P. ¿Son directamente aplicables las tablas de Framingham a la población mediterránea? *Aten Primaria* 2002; 30: 29-32 [AO, I]

Evans J, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002; 324: 939-942 [T, II]

Pattenden J, Watt I, Lewin RJP, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *BMJ* 2002; 324: 1006-1009 [C, I]

Marks D, Wonderling D, Theregood M, Lambert H, Humphries SE, Neil H. Cost effectiveness analysis of different approaches of screening for familial hypercholesterolaemia. *BMJ* 2002; 324: 1303-1306 [CE, II]

Hobbs FDR, Davis RC, Roaife AK, Harer MK, Kenkre JE. Reliability of n-treminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498-1500 [S, II]

Houlihan CA, Allen TJ, Baxter AL, Panangiotopoulos S, Casley DJ, Cooper ME, Jerums G. A low-sodium diet potentiates the effects of losartan in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 663-671 [EC, I]

McFarlane SI, Jacober SJ, Winer N, Kaur J, Castro JP, Wui MA et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical centers. *Diabetes Care* 2002; 25: 718-723 [T, I]

- Adler AI, Stevens RJ, Neil A, Stratton IM, Boulton AJM, Holman RR. UKPDS 59: Hyperglycemia and other potentially modifiable risk factors for peripheral vascular disease in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 894-899 [S, II]
- Krein SL, Vijan S, Pogach LM, Hogan MH, Kerr EA. Aspirin use and counseling about aspirin among patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 965-970 [QE, I]
- González CA, Argilaga S, Agudo A, Amiano P, Barricarte A, et al. Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gac Sanit* 2002; 16: 214 – 221 [T, I]
- Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis. Epidemiology, pathophysiology and management. *JAMA* 2002; 287: 2570-2581 [M, II]
- Domanski M, Mitchell G, Pfeffer M, Neaton JD, Norman J, Svendsen K et al; for the MRFIT Research Group. Pulse pressure and cardiovascular disease related mortality. Follow-up study of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA* 2002; 287: 2677-2683 [S, II]
- John JH, Ziebland S, Yudkin P, Roe LS, Neil HAW. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 1069-1074 [EC, I]
- De la Sierra A, Artes M, López JS, Arcos E, Muñoz A (en representación del grupo de investigadores del estudio ETAPA). Efecto del tratamiento antihipertensivo sobre la presión de pulso. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 41-45 [S, I]
- Camarellas F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 53-57 [EC, I]
- De la Sierra A, Bove A, Sierra C, Bragulat E, Gómez-Angelats E, Antonio MT, Larrousse M, Coca A. Impacto de los componentes y sistemas de medición de la presión arterial sobre la lesión de órgano diana y las complicaciones cardiovasculares en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 125-129 [T, I]
- Gaspoz JM, Coxson PG, Goldman PA, Williams LW, Kuntz KM, Hunink MGM, Goldman L. Cost effectiveness of aspirin, clopidogrel, or both for secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2002; 346: 1800-1806 [T, I]
- Lai KC, Lam SK, Chu KM, Wong BCY, Hui WM, Hu WHC, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002; 346: 2033-2038 [EC, II]
- Luscombe ND, Clifton PM, Noakes M, Parker B, Wittert G. Effects of energy-restricted diets containing increased protein on weight loss, resting energy expenditure, and the thermic effect of feeding in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 652-657 [EC, I]
- Houlihan CA, Allen TJ, Baxter AL, Panangiotopoulos S, Casley DJ, Cooper ME, Jerums G. A low-sodium diet potentiates the effects of losartan in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 663-671 [EC, I]
- Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25: 672-677 [T, I]
- McFarlane SI, Jacober SJ, Winer N, Kaur J, Castro JP, Wui MA et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical centers. *Diabetes Care* 2002; 25: 718-723 [T, I]
- Monsod TP, Flanagan DE, Rife F, Saenz R, Caprio S, Sherwin RS, Tamborlane WV. Do sensor glucose levels accurately predict plasma glucose concentrations during hypoglycemia and hyperinsulinemia? *Diabetes Care* 2002; 25: 889-893 [T, I]
- Adler AI, Stevens RJ, Neil A, Stratton IM, Boulton AJM, Holman RR. UKPDS 59: Hyperglycemia and other potentially modifiable risk factors for peripheral vascular disease in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 894-899 [S, II]
- Krein SL, Vijan S, Pogach LM, Hogan MH, Kerr EA. Aspirin use and counseling about aspirin among patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 965-970 [QE, I]
- Meigs JB, D'Agostino RB, Nathan DM, Rifai N, Wilson PWF. Longitudinal association of glycemia and microalbuminuria: the Framingham offspring study. *Diabetes Care* 2002; 25: 977-983 [S, II]
- The CDC Diabetes cost-effectiveness group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002; 287: 2542-2551 [S, II]
- Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis. Epidemiology, pathophysiology and management. *JAMA* 2002; 287: 2570-2581 [M, II]
- Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: The STOP-NIIDM randomised trial. *Lancet* 2002; 359: 2072-2077 [EC, I]
- Escobar-Jiménez F (en representación del Grupo de Estudio Español sobre Sildenafil). Eficacia y seguridad del sildenafil en varones con diabetes mellitus tipo 2 y disfunción eréctil. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 121-124 [EC, II]
- Diabetes Prevention Trial Type 1 Diabetes Study Group. Effects of insulin in relatives of patients with type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002; 346: 1685-1691 [EC, I]

DIABETES

- Stern MP, Williams K, Haffner SM. Identification of persons at high risk for type 2 diabetes mellitus: do we need the oral glucose tolerance test? *Ann Intern Med* 2002; 136: 575-581 [S, II]
- Fernández I, Ortega C, Martín JL, Rodríguez V, Vázquez P, Costa CJ. La diabetes en Internet. *Aten Primaria* 2002; 29: 443-451 [R, I]
- Evans J, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002; 324: 939-942 [T, II]
- Wylie G, Hungin AP, Neely J. Impaired glucose tolerance: qualitative and quantitative study of general practitioners knowledge and perceptions. *BMJ* 2002; 324: 1190-1192 [C, II]
- Gross JL, Zelmanovitz T, Moulin CC, De Mello V, Perassolo M, Leitao C et al. Effect of a chicken-based diet on renal function and lipid profile in patients with type 2 diabetes: a randomized crossover trial. *Diabetes Care* 2002; 25: 645-651 [EC, I]

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

- Benítez MA, Pérez MC, Fernández R, Cabrejas A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I) *Aten Primaria* 2002; 29: 374-378 [R, II]
- Benítez MA, Pérez MC, Fernández R, Cabrejas A. Cuidados Paliativos. Tratamiento del dolor oncológico crónico (II): el uso de los opiáceos. *Aten Primaria* 2002; 29: 513-517 [R, II]
- Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit* 2002; 16: 230 – 235. [T, I].
- Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253-2260 [AO, II]

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

- Meurer LN, Bower DJ. Management of *Helicobacter pylori* infection. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1327-1339 [R, II]
- Knutson D, Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2039-2046 [R, II]
- Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2095-2106 [R, I]
- Herrine SK. Approach to the patient with chronic hepatitis C virus infection. *Ann Intern Med* 2002; 136: 747-757 [M, II]
- Chiba N, Veldhuyzen van Zanten SJO, Sinclair P, Ferguson RA, Escobedo S. Treating *helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the canadian adult dyspepsia empiric treatment *helicobacter pylori* positive (cadet-hp) randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1012-1016 [EC, II]
- Kingston M, Carlin E. Treatment of sexually transmitted infections with single-dose therapy: a double-edged sword. *Drugs* 2002; 62: 871-878 [AO, I]
- Devroey D, Van Casteren V, Sasse A. How are patients informed about their HIV test results? *Fam Pract* 2002; 19: 125-127 [T, I]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

- Knutson D, Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2039-2046 [R, II]
- Douglass J, Aroni R, Goeman D, Stewart K, Sawyer S, Thien F. A qualitative study of action plans for asthma. *BMJ* 2002; 324: 1003-1005 [C, II]
- Schayck CPV, Loozen JMC, Wagena E, Akkermans RP, Wesseling GJ. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *BMJ* 2002; 324: 1370-1373 [T, III]
- Ducharme FM. Anti-leukotrienes as add-on therapy to inhaled glucocorticoids in patients with asthma: systematic review of current evidence. *BMJ* 2002; 324: 1545-1548 [M, II]
- Riancho JA, Cubian I, Portero I. Utilidad de los glucocorticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: revisión sistemática. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 446-452 [M, II]
- Van Schayck CP, Bijl-Hofland ID, Folgering H, Cloosterman SG, Akkermans R, Van den Elshout F, Van Weel C. Influence of two different inhalation devices on therapy compliance in asthmatic patients. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 126-128 [EC, I]

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

- Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, Mittman B. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2263-2277 [R, II]
- Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, Mittman B. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2525-2547 [R, II]
- Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136: 765-776 [M, II]
- Gonzalez MJ, Garrido A. Novedades terapéuticas en el tratamiento de las demencias. *Aten Primaria* 2002; 29: 507-513 [R, I]
- Aiarzaguena JM, Grandes G, Alonso-Arbiol I, Oleaga MB, Marco J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria* 2002; 29: 558-561 [QE, I]
- Vinyoles E, Vila J, Argimon JM, Espinas J, Abos T, Limon E. Investigadores del proyecto Cuida'l. Concordancia entre el Mini-Examen

Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Aten Primaria* 2002; 30: 5-14 [T, II]

- King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 947-950 [EC, II]
- Fillit H, Hill JW, Fufferman R. Health care utilization and costs of Alzheimer's disease: the role of co-morbid conditions, disease stage, and pharmacotherapy. *Fam Med* 2002; 34: 528-535 [CC, I]
- Brañas F, Serra JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 65-77 [R, II]
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 493-500 [T, II]
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez L. Agorafobia. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 58-60 [R, I]
- Harma AM, Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed?. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 92-96 [T, I]

SALUD LABORAL

- Benavides FG, Gimeno, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gac Sanit* 2002; 16: 222 - 229 [T, I]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

- Meurer LN, Bower DJ. Management of *Helicobacter pylori* infection. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1327-1339 [R, II]
- Arce DA, Ermocilla CA, Costa H. Evaluation of constipation. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2283-2299 [R, I]
- Miller J, Chan BKS, Nelson HD. Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136: 680-690 [M, II]
- Hoving JL, Koes BW, De Vet HCW, Van der Windt DAWM, Assendelft WJJ, Van Mameren H et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2002; 136: 713-722 [EC, I]
- Gene E, Calvet X, Azagra R, Lopez T, Cubells MJ. Manejo de la dispepsia, la enfermedad ulcerosa y la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29: 486-495 [T, I]
- Pérez M, Fernández R, Gayoso P, Martínez A. Valoración del tratamiento farmacológico antihipertensivo en un centro de salud en función de las patologías crónicas asociadas y grado de control de la HTA. *Aten Primaria* 2002; 29: 540-546 [T, I]
- Calero S, Fariñas O, Nieto L, Cobo S. Tratamiento de las cefaleas. *Aten Primaria* 2002; 29: 565-569 [R, II]
- Marzo M, Peña F, Alonso P, Mascort JJ. Actualización en prevención y tratamiento del cáncer de próstata. *Aten Primaria* 2002; 30: 57-64 [R, II]
- Chiba N, Veldhuyzen van Zanten SJO, Sinclair P, Ferguson RA, Escobedo S. Treating *helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the canadian adult dyspepsia empiric treatment *helicobacter pylori* positive (cadet-hp) randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1012-1016 [EC, II]
- Schumacher HR. Randomised controlled trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. *BMJ* 2002; 324: 1488-1492 [EC, II]

Fernandez-Lopez JA, Remesar X, Foz M, Alemany M. Pharmacological approaches for the treatment of obesity. *Drugs* 2002; 62: 915-944 [R, I]

Ruiz-Giménez N, Friera A, Sánchez P, Caballero P, Rodríguez-Salvanes F, Suárez C. Trombosis venosa profunda en miembros inferiores en un servicio de urgencias. Utilidad de un modelo clínico de estratificación de riesgo. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 529-534 [T, II]

Mearin F. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 551-557 [R, II]

De la Sierra A, Artes M, López JS, Arcos E, Muñoz A (en representación del grupo de investigadores del estudio ETAPA). Efecto del tratamiento antihipertensivo sobre la presión de pulso. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 41-45 [S, I]

Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Toledo E, De Irala-Estévez J, Martínez JA (por el equipo investigador del proyecto SUN). Influencia del sedentarismo y el hábito de comer entre horas sobre la ganancia de peso. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 46-52 [T, I]

Lai KC, Lam SK, Chu KM, Wong BCY, Hui WM, Hu WHC, et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002; 346: 2033-2038 [EC, II]

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

Vinyoles E, Vila J, Argimon JM, Espinas J, Abos T, Limon E. Investigadores del proyecto Cuida'l. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Aten Primaria* 2002; 30: 5-14 [T, II]

Hobbs FDR, Davis RC, Roalfe AK, Harer MK, Kenkre JE. Reliability of n-treminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498-500. [S, II]

Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit* 2002; 16: 230-235 [T, I]

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baro E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 493-500 [T, II]

Ruiz-Giménez N, Friera A, Sánchez P, Caballero P, Rodríguez-Salvanes F, Suárez C. Trombosis venosa profunda en miembros inferiores en un servicio de urgencias. Utilidad de un modelo clínico de estratificación de riesgo. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 529-534 [T, II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2507-2521 [R, II]

Harma AM, Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed?. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 92-96 [T, I]

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

Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2507-2521 [R, II]

Miller J, Chan BKS, Nelson HD. Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136: 680-690 [M, II]

Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1241-1244 [EC, I]

Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25: 672-677 [T, I]

Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit* 2002; 16: 230-235 [T, I]

Aguilera C, Vallano A. Uso de heparinas de bajo peso molecular en el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 634-636 [R, I]

Benet M, Carvajal A, García J, Álvarez A, Vega T. Tratamiento hormonal sustitutivo en España. Un estudio de utilización. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 4-8 [T, I]

Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 346: 2025-2032 [CC, II]

ANCIANOS:

Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, Mittman B. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2263-2277 [R, II]

Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, Mittman B. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2525-2547 [R, II]

Brañas F, Serra JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 65-77 [R, II]

Nurmi I, Luthje P. Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 118-122 [S, I].

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Latorre F, Nolan J, Robertson C, Chamberlain D, Baskett P. Recomendaciones del año 2000 del European Resuscitation Council para un soporte vital avanzado en adultos. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 463-472 [M, III]

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

Hoving JL, Koes BW, De Vet HCW, Van der Windt DAWM, Assendelft WJJ, Van Mameren H, et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002; 136: 713-722 [EC, I]

Benítez MA, Pérez MC, Fernández R, Cabrejas A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I) *Aten Primaria* 2002; 29: 374-378 [R, II]

González MJ, Garrido A. Novedades terapéuticas en el tratamiento de las demencias. *Aten Primaria* 2002; 29: 507-513 [R, I]

Benítez MA, Perez MC, Fernández R, Cabrejas A. Cuidados Paliativos. Tratamiento del dolor oncológico crónico (II): el uso de los opiáceos. *Aten Primaria* 2002; 29: 513-517 [R, II]

Calero S, Fariñas O, Nieto L, Cobo S. Tratamiento de las cefaleas. *Aten Primaria* 2002; 29: 565-569 [R, II]

Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Wood J, Haines A and the Evidence-based OutReach (EBOR) trialist. A randomised controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacist on prescribing in UK general practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 290-295 [EC, I]

Schumacher HR. Randomised controlled trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. *BMJ* 2002; 324: 1488-92. [EC, II]

Houlihan CA, Allen TJ, Baxter AL, Panangiotopoulos S, Casley DJ, Cooper ME, Jerums G. A low-sodium diet potentiates the effects of losartan in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 663-671 [EC, I]

Forseth KO, Gran JT. Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices? *Drugs* 2002; 62: 577-592 [R, I]

Kingston M, Carlin E. Treatment of sexually transmitted infections with single-dose therapy: a double-edged sword. *Drugs* 2002; 62: 871-878 [AO, I]

Fernandez-Lopez JA, Remesar X, Foz M, Alemany M. Pharmacological approaches for the treatment of obesity. *Drugs* 2002; 62: 915-944 [R, I]

Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. Helping the patient feel valued. *JAMA* 2002; 287: 2253-2260 [AO, II]

Lázaro E, Madurga M, Abajo FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 561-569 [T, II]

Aguilera C, Vallano A. Uso de heparinas de bajo peso molecular en el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 634-636 [R, I]

Van Schayck CP, Bijl-Hofland ID, Folgering H, Cloosterman SG, Akkermans R, Van den Elshout F, Van Weel C. Influence of two different inhalation devices on therapy compliance in asthmatic patients. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 126-128. [EC, I]

ENTREVISTA CLINICA:

Lang F, Marvel K, Sanders D, Waxman D, Beine KL, Pfaffly C, McCord E. Interviewing when family members are present. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1351-1357 [AO, I]

López-Picazo JJ, Agulló F, Villaescusa M, Cerezo JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. *Aten Primaria* 2002; 30: 92-98 [QE, I]

ATENCION FAMILIAR:

Aiarzaguena JM, Grandes G, Alonso-Arbiol I, Oleaga MB, Marco J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria* 2002; 29: 558-561 [QE, I]

Campbell TL, McDaniel SH, Cole-Kelly K, Hepworth J, Lorenz A. Family interviewing: a review of the literature in primary care. *Fam Med* 2002; 34: 312-318. [R, I]

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

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823 [M, I]

Nelson DE, Bland S, Powell-Griner E, Klein R, Wells R, Hogelin G, Marks JS. Trends in health risk factors and receipt of clinical preventive services among US adults during the 1990s. *JAMA* 2002; 287: 2659-2667 [S, I]

Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. A systematic review. *JAMA* 2002; 287: 2691-2700 [M, I]

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

Shapiro J. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic Medicine* 2002; 77: 323-328 [C, II]

Martín A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España) *Aten Primaria* 2002; 30: 46-57 [AO, II]

Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, Dos Santos JS, Yazlle MED, et al. Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 30: 125-129 [QE, I]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Herbert CP. Research in family medicine and general practice: are we there yet? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 443-446 [AO, I]

Kitai E, Vinker S, Kijner F, Lustman A. Erectile dysfunction. The effect of sending a questionnaire to patients on consultations with their family doctor. *Fam Pract* 2002; 19: 247-250 [QE, II]

Balk EM, Bonis PAL, Moskowitz H, Schmid CH, Ioannidis JPA, Wang C, Lau J. Correlation of quality measures with estimates of treatment effect in meta-analyses of randomized controlled trials. *JAMA* 2002; 287: 2973-2982 [M, I]

Argimon JM. La ausencia de significación estadística en un ensayo clínico no significa equivalencia terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 701-704 [T, II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

PREVENCIÓN.

Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136: 765-776 [M, II]

Cordon F, Solanas P. ¿Son directamente aplicables las tablas de Framingham a la población mediterránea? *Aten Primaria* 2002; 30: 29-32 [AO, I]

Marzo M, Peña F, Alonso P, Mascort JJ. Actualización en prevención y tratamiento del cáncer de próstata. *Aten Primaria* 2002; 30: 57-64 [R, II]

Trotter CL, Edmund WJ. Modelling cost effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccination campaign in England and Wales. *BMJ* 2002; 324: 809-812 [CE, I]

Schayck CPV, Loozen JMC, Wagena E, Akkermans RP, Wesseling GJ. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *BMJ* 2002; 324: 1370-3. [T, III]

Nelson DE, Bland S, Powell-Griner E, Klein R, Wells R, Hogelin G, Marks JS. Trends in health risk factors and receipt of clinical preventive services among US adults during the 1990s. *JAMA* 2002; 287: 2659-2667 [S, I]

John JH, Ziebland S, Yudkin P, Roe LS, Neil HAW. Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 1069-1074 [EC, I]

Diabetes Prevention Trial Type 1 Diabetes Study Group. Effects of insulin in relatives of patients with type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002; 346: 1685-91 [EC, I]

Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Results of screening colonoscopy among persons 40 to 49 years of age. *N Engl J Med* 2002; 346: 1781-1785 [T, I]

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD.

López-Picazo JJ, Agulló F, Villaescusa M, Cerezo JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. *Aten Primaria* 2002; 30: 92-98 [QE, I]

BIOÉTICA:

Chao DVK, Chan NY, Chan WY. Euthanasia revisited. *Fam Pract* 2002; 19: 128-134 [R, II]

PLANIFICACION / GESTIÓN.

Trotter CL, Edmund WJ. Modelling cost effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccination campaign in England and Wales. *BMJ* 2002; 324: 809-12 [CE, I]

The CDC diabetes cost-effectiveness group. Cost-effectiveness of intensive glycaemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002; 287: 2542-2551 [S, II]

INFORMÁTICA.

Fernández I, Ortega C, Martín JL, Rodríguez V, Vázquez P, Costa CJ. La diabetes en Internet. *Aten Primaria* 2002; 29: 443-451 [R, I]

Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web. A systematic review. *JAMA* 2002; 287: 2691-2700 [M, I]

Gaspoz JM, Coxson PG, Goldman PA, Williams LW, Kuntz KM, Hunink MGM, Goldman L. Cost effectiveness of aspirin, clopidogrel, or both for secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2002; 346: 1800-1806 [T, I]

Actividades Científicas

❑ **XXII CONGRESO DE LA SEMFYC**

Madrid, 22-23 de noviembre de 2002
<http://www.semfy.com>

❑ **II JORNADAS DE RESIDENTES DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Málaga, 21-22 de febrero de 2003
<http://www.samfy.com>

❑ **XIV CONGRESO DE LA SAMFYC**

Jaén, 5-7 de junio de 2003
<http://www.samfy.com>

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? - 9

Paciente con cefalea pulsátil

Castro Jiménez RA¹, Triviño Tarradas F¹, Gil Hernández S¹, Redondo Pedraza R², García Gallego JJ³.

¹ Residente Medicina Familiar y Comunitaria, ² DUE, ³ Médico de Familia. Tutor de Médicos Residentes. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba.

Paciente varón de 47 años acude a consulta urgente a nivel de Centro de Salud refiriendo cefalea de comienzo hemicraneal, que actualmente era occipital, de características pulsátiles, de manera episódica, de 2 horas de evolución que hoy no había cedido con analgésico, se acompañó de náuseas y un vómito. Esta cefalea llevaba días presentándose e incluso en alguna ocasión le había despertado de su descanso. En ese momento se objetivaron cifras tensionales en torno a 230/120, siendo administrado «captopril sublingual», registrándose a la hora de su administración tensión arterial a nivel del MSD (miembro superior derecho): 185/110 y MSI (miembro superior izquierdo): 160/100, y cediendo paulatinamente la cefalea occipital.

Posteriormente se citó para Consulta Programada con el juicio diagnóstico de CRISIS HIPERTENSIVA, para aplicar el protocolo diagnóstico ante el debut de una Hipertensión Arterial.

Antecedentes personales y familiares: No alergias medicamentosas, no Diabetes Mellitus, no Hipertensión Arterial, no Dislipemias, conocidas. Cólicos nefríticos de repetición, Prostatitis aguda. Fumador 15 paquetes/año. No presentaba antecedentes familiares de HTA, obesidad, ni ingesta alcohólica. Alimentación con sodio en la dieta, pero no en exceso. Ejercicio físico moderado. No tratamiento en la actualidad.

Exploración física: Buen estado general, con rubicundez facial, normohidratado. Cabeza y cuello: no adenopatías, no ingurgitación yugular a 30.º. Auscultación Cardíaca: tonos rítmicos sin soplos a 90 spm. Auscultación Respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no reflujo hepatoyugular. Miembros Inferiores: sin edemas, ni signos de TVP (trombosis venosa profunda), con pulsos conservados y simétricos. Sistema Nervioso Central: PINR (pupilas isocóricas normoreactivas), con resto de pares craneales normales, no rigidez de nuca, no disimetrías, no inestabilidad en la marcha, no pérdida de fuerza ni sensibilidad de las cuatro extremidades.

Exploraciones complementarias: Hemograma: Leucocitos 6500, con fórmula normal. Hematíes 4.000.120. Hb 12,3, Htco 42%, Plaquetas 230.00, VSG 31. Coagulación: TP 100%, TTPa 31 seg., INR 1,1. Bioquímica: Glucosa 99, Urato 8.5, Sodio 140, Potasio 5,5, Creatinina 3,7. Tira reactiva de orina: Proteinuria, hematuria microscópica. Fondo de ojo: Retinopatía esclerohipertensiva Grado III, con importante reducción de calibre arterial y aumento de la refringencia parietal. Ausencia de exudados y hemorragias. EKG (figura 1): Ritmo sinusal a 90 spm, sin alteraciones de la repolarización. RX tórax (figura 2): sin hallazgos valorables. Ecografía renal: pendiente de realización.

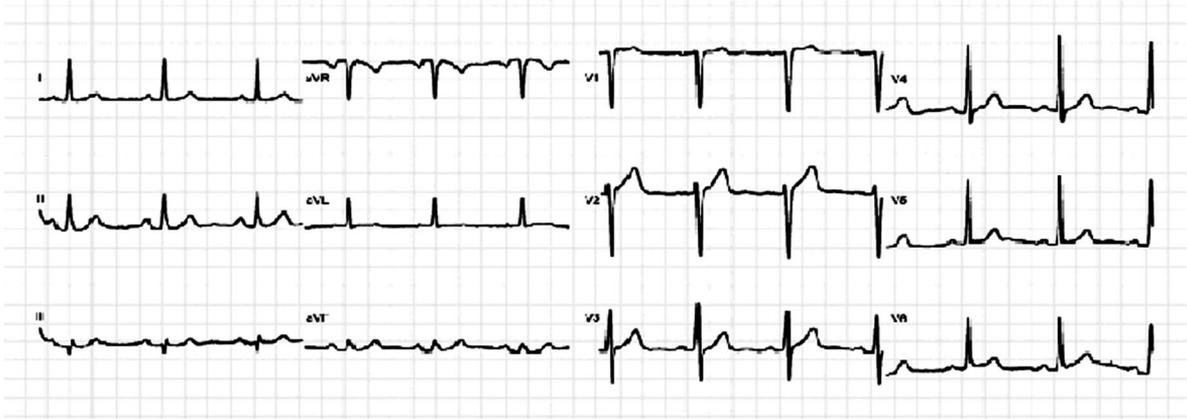


Fig. 1: Electrocardiograma

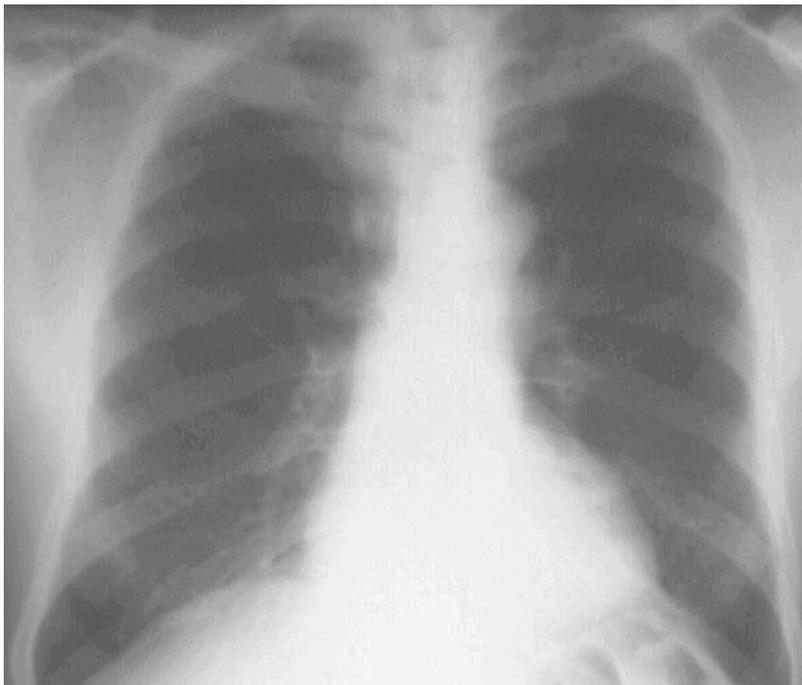


Fig. 2: RX tórax posteroanterior

a) Con los datos clínicos aportados, a qué conclusión llegaría:

- 1.—Crisis hipertensiva con nefropatía obstructiva por litiasis renal.
- 2.—Cefalea tensional.
- 3.—Hipertensión arterial esencial y litiasis renal.
- 4.—Hipertensión secundaria de causa renal no filiada.
- 5.—Crisis hipertensiva.

b) ¿Qué seguimiento realizaría a este paciente?

- 1.—Control semanal de su Hipertensión en consulta programada tras instauración de tratamiento farmacológico.

2.—No requiere tratamiento, es una crisis hipertensiva aislada.

3.—Derivación urgente a centro hospitalario para estudio.

4.—Medidas higiénicas y nuevo control en un mes.

5.—Derivación a consulta especializada.

(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. 3)

(Medicina de Familia (And) 2002; 3: 214)

Respuesta correcta: 4.—Taquicardia ventricular monomórfica sostenida.

Estamos ante una taquicardia de QRS ancho >0.14 seg monomórfica a 162 lpm con pulso bien tolerada hemodinámicamente. Ante este registro hay que hacer un diagnóstico diferencial entre las diferentes posibilidades de taquicardia regulares y de QRS ancho. Fundamentalmente entre la taquicardia supraventricular conducida con aberrancia o bloqueo, ya sea permanente o funcional, de una de las dos ramas principales del haz de His, la taquiarritmia supraventricular conducida con preexcitación y la taquicardia ventricular. Hay que tener en cuenta que cualquier taquicardia supraventricular, a la que se asocien alteraciones de la conducción intraventricular (bloqueo de rama derecha o izquierda), que ya existan basales o se presenten durante la taquicardia, puede ser difícil de diferenciar. Asimismo, en los pacientes con síndrome de WPW puede raramente presentarse una taquicardia denominada «antidrómica», con conducción anterógrada hacia el ventrículo a través de la vía accesoria y retrógrada por el nodo AV (aurículo-ventricular). También es importante conocer que la presencia o no de síntomas graves asociados no indica directamente el mecanismo de la arritmia. Es posible encontrar episodios de taquicardia ventricular relativamente bien tolerada hemodinámicamente y a la inversa.

Las taquicardias con complejo QRS ancho deben considerarse de origen ventricular, a menos que haya pruebas suficientes de que sean de origen supraventricular. Es una cuestión trascendente porque las implicaciones pronósticas y terapéuticas difieren significativamente.

El análisis exhaustivo del ECG de 12 derivaciones y algunos datos clínicos nos permiten diagnosticar el tipo de taquicardia con un alto grado de probabilidad. Signos que nos pueden orientar hacia el diagnóstico de taquicardia ventricular son la duración complejo QRS > 140 mseg, el eje desviado a la izquierda y la concordancia morfológica del complejo QRS en precordiales (todos positivos o

todos negativos). La tolerancia clínica no es un criterio fiable.

Para ello disponemos desde 1991, de los criterios que los hermanos Brugada establecieron para el diagnóstico diferencial entre taquicardias ventriculares y supraventriculares con una alta seguridad para el diagnóstico de taquicardia ventricular (sensibilidad del 99 % y especificidad del 96 %) si se aplican de forma escalonada y en el siguiente orden:

- 1.—Ausencia de complejo RS en precordiales
- 2.—Intervalo RS > 100 milisegundos (inicio onda R hasta nadir onda S) en, al menos, una derivación precordial
- 3.—Disociación AV. Más complejos QRS que ondas P
- 4.—Criterios morfológicos del complejo QRS que sugieren origen ventricular:

- Si presenta morfología de BRD (bloqueo rama derecha); en V1 morfología monofásica «R» o bifásica «RS», con amplitud de R en V1 mayor que la R' o una morfología en V6 tipo R<S o QS.

- Si presenta morfología de bloqueo de rama izquierda; Duración >40 ms de onda R en V1 o patrón «qR» o «QS» en V6, desviación del eje a la derecha, con deflexiones negativas más profundas en V1 que en V6.

Lectura del ECG:

Taquicardia regular de QRS ancho a 162 lpm. El problema básico que se establece es diferenciar si se trata de una taquicardia ventricular o de una supraventricular con conducción aberrante.

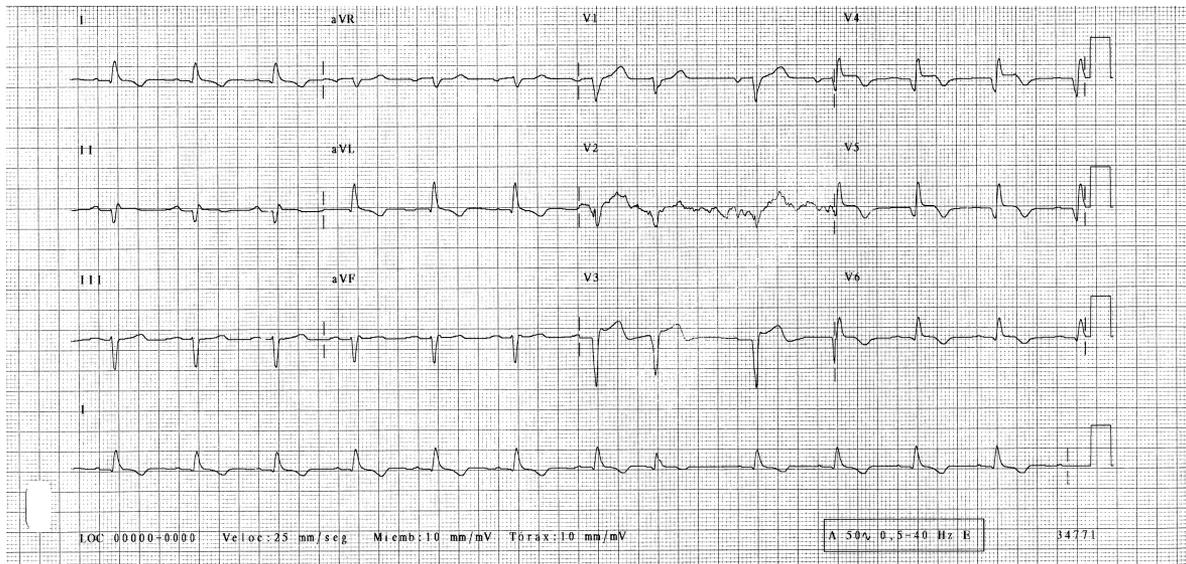
En nuestro caso no se cumple el primer criterio puesto que existen complejos RS en precordiales, pero sí se cumple el segundo criterio, que el complejo RS en precordiales es >100 milisegundos con lo que se establece el diagnóstico de taquicardia ventricular monomórfica sos-

tenida (frecuencia superior a 100 lpm y duración mayor de 30 seg).

Actitud terapéutica:

Se inicia cardioversión farmacológica administrando 3

bolos de Lidocaina (300 mg) sin obtener resultado y ante la persistencia de la arritmia, se procede a cardiovertir eléctricamente con 50 J, tras sedación con 6cc de Propofol, revirtiendo a ritmo sinusal. Se repite el electrocardiograma, obteniendo el registro electrocardiográfico siguiente:



EKG-2

IAM anterosseptal, con lo que procede al ingreso en la unidad coronaria

Los episodios de taquicardia ventricular frecuentemente son precipitados por isquemia aguda (como en nuestro caso), dilatación ventricular progresiva o el inicio de insuficiencia cardiaca clínica. Una vez que se tiene un episodio de TV (taquicardia ventricular) es probable la recurrencia de la misma. Un episodio de taquicardia de QRS ancho debe ser tratado en un servicio de urgencias hospitalarias, con monitorización electrocardiográfica continua, vía venosa canalizada y posibilidad de desfibrilación eléctrica. El tratamiento de elección dependerá de la repercusión hemodinámica, pudiéndose realizar cardioversión si es mal tolerada o realizar ensayo farmacológico con procainamida iv. La lidocaína se reserva

para pacientes con cardiopatía isquémica aguda. En cuanto a la prevención de recurrencias de taquicardias de QRS ancho/ventriculares el estudio y la orientación terapéutica deben realizarse siempre en un centro hospitalario donde se puede realizar un estudio completo de sus arritmias.

Bibliografía

1. González Rebollo, JM. Taquiarritmias ventriculares. Medicine 2001. Octava ed. Ediciones Doyma SL; 2001. p. 2101-2109.
2. Barranco Ruiz, F. Arritmias Cardiacas. En: Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva. Granada: Editorial Alhulia s.l.; 1999. p. 186-187.

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> o también:

<http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.htm>

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Medicina de Familia. Andalucía es una revista médica especialmente dirigida a los médicos de familia andaluces y a todos aquellos otros profesionales sanitarios de ámbito nacional o internacional que puedan verse reflejados en los contenidos de nuestra publicación. La revista da una especial bienvenida a los originales en lengua hispana provenientes de América Latina.

La revista cuenta con las siguientes secciones:

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico?: En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Otras secciones: La revista cuenta con otras secciones (editoriales, publicaciones de interés, actividades científicas, artículos de revisión, temas a debate, área docente, el espacio del usuario, sin bibliografía). Su redacción suele ser por encargo del consejo de redacción. Los interesados en colaborar a título individual pueden contactar con miembros del consejo de redacción, o consultar las normas editoriales en el número 0 de la revista en nuestra página Web.

NORMAS PARA LOS ORIGINALES:

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

A. Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras y mínima de 150. En él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título del trabajo: en él se mencionarán las variables más importantes así como la población de estudio.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendientes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

B. Artículo completo:

Introducción: Debe explicar muy brevemente el fundamento del trabajo y al final explicitar claramente los objetivos del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

Ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

A. Artículos de revista

A.1. Artículo de revista ordinario.

Seis o menos autores: Enumere todos los autores. Vega KJ, Pina L, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Enumere los primeros seis autores y añada la expresión «et al.». Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006.

Organización como autor: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No se indica el nombre del autor: Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med* 1994;84:15.

Suplemento de un volumen: Shcn HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de un número: Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2): 89-97.

Sin número ni volumen: Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

Indicación del tipo de artículo, según corresponda. Enzensberger W, Fischer PA. Metronomie in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement L, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

En prensa: Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa).

B. Libros y otras monografías

Individuos como autores: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores («editores»), compiladores como autores: Norman IJ, Redfern SI, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Organización como autor y editorial: Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Capítulo de libro: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Lara BIH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Libros de ponencias y comunicaciones a congresos: Kimura L, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 15th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

C. Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect.* URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Última actualización: junio 1999.

CONSEJO DE REDACCIÓN. El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación.

Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión sea comunicada a los autores.

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara, a uno o dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *enter*

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos. El conjunto del trabajo debe incluirse, a ser posible en un solo archivo.

El título del trabajo figurará también en la página del Resumen.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
SAMFyC
C/ Arriola 4, Bajo
18001 Granada**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (en la página Web (núm. 0 de la revista) puede encontrarse una carta modelo):

- Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas* o sus sucesivas actualizaciones.
- En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación.
- Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.
- En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.
- En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.
- Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no quedará asegurada.

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya nueve los números editados de **Medicina de Familia. Andalucía**.

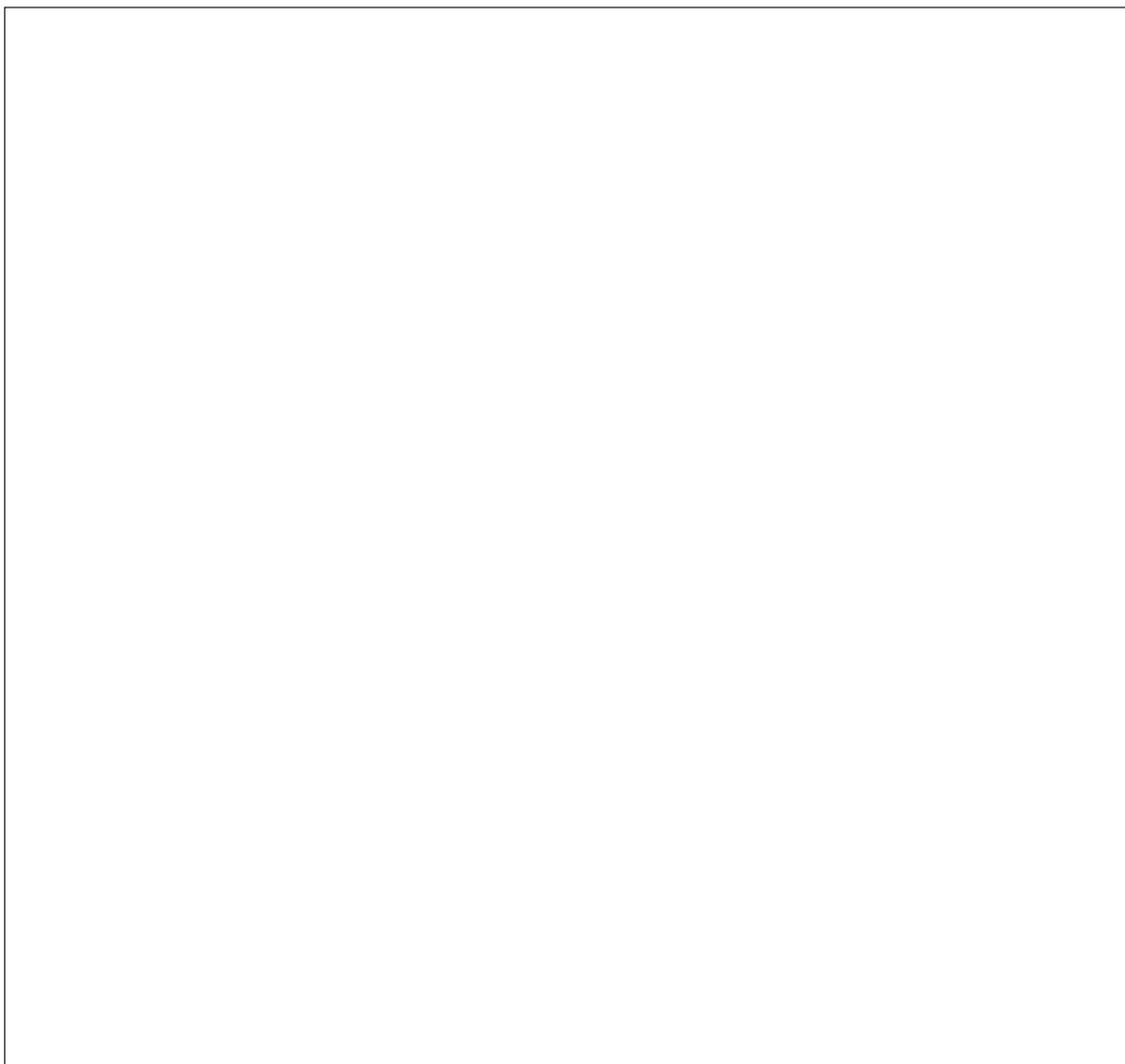
Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
c/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es



MEDICINA DE FAMILIA . ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

(Boletín de Suscripción) (*)

Nombre o razón social:
Calle/Plaza: n.º
C.P.: Ciudad: Provincia:
País:
NIF: | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos profesionales:
Año licenciatura: Especialidad:
Cursa residencia en MF (sí/no): Año de inicio:
Situación laboral (plaza fija, interino, sustituto, desempleo):
Medio (Urbano, Rural, Mixto):

Si, deseo suscribirme a la revista «Medicina de Familia. Andalucía», al precio de: suscripción anual para España: 36 euros. Ejemplar suelto: 12 euros. Suscripción anual para la Unión Europea: 40 euros; resto de países: 50 euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA (sólo en España)

(*) Los miembros de SAMFYC reciben gratis la revista.

Banco/Caja de Ahorros: n.º
Domicilio sucursal: n.º
Población: C.P.: Provincia:

N.º de cuenta: | | | | | | | | | | | | | | | |

entidad sucursal D.C. n.º cuenta

..... a de de

Firma del Titular

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que le sean presentados al cobro por Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

Tarjeta de Crédito
VISA (16 dígitos) | | | | | | | | | | | | | | | |

Cantidad mes año

Titular:

Firma:

Remitir a: **REVISTA MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA**
c/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 Granada (España)