

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Mujeres y el convenio marco para el control del tabaco.

El espacio del usuario

- 9 Calidad asistencial y participación social.

Originales

- 12 Medicina biopsicosocial, de la utopía a la realidad. Intervención comunitaria con esponsorización.
19 Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora.
26 Respuestas fisiológicas ante diferentes estilos musicales.
30 Grado de utilización de pruebas radiológicas en consultas urgentes por lumbalgia aguda y actitudes y opiniones de los médicos de urgencia hacia su solicitud.
35 Concordancia inter e intraobservador de los métodos de estratificación del riesgo cardiovascular en hipertensos en un centro de salud urbano.

Artículo de revisión

- 41 Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: protocolo de actuación.

A debate

- 57 Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas.

Sin bibliografía

- 66 Permiso, nos queremos presentar. Un sistema de salud público, en la Argentina, que funciona.

Artículo especial

- 69 Un modelo de promoción profesional para el médico de familia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- 76 Cartas al director

- 78 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 83 ECG Varón con dolor centrotorácico.

- 87 Actividades Científicas

- 89 Información para los autores





Sumario

Editorial

- 7 Mujeres y el convenio marco para el control del tabaco.

El espacio del usuario

- 10 Calidad asistencial y participación social.

Originales

- 13 Medicina biopsicosocial, de la utopía a la realidad. Intervención comunitaria con esponsorización.
20 Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora.
27 Respuestas fisiológicas ante diferentes estilos musicales.
31 Grado de utilización de pruebas radiológicas en consultas urgentes por lumbalgia aguda y actitudes y opiniones de los médicos de urgencia hacia su solicitud.
36 Concordancia inter e intraobservador de los métodos de estratificación del riesgo cardiovascular en hipertensos en un centro de salud urbano.

Artículo de revisión

- 42 Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: protocolo de actuación.

A debate

- 58 Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas.

Sin bibliografía

- 67 Permiso, nos queremos presentar. Un sistema de salud público, en la Argentina, que funciona.

Artículo especial

- 70 Un modelo de promoción profesional para el médico de familia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

77 Cartas al director

79 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 84 ECG Varón con dolor centrotorácico.

87 Actividades Científicas

89 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 4, N.º 1, febrero 2003

Contents

Editorial

- 7 Women and the Framework Contract to Control Smoking Habits

The Consumer's Corner

- 10 Quality Care and Social Participation

Original Articles

- 13 Biological, Psychological and Social Medicine: From Utopia to Reality. A Community Intervention Based on Public Service Advertisements.
- 20 Evaluation of Sexual Conduct and Use of Contraceptive Methods Among a Population of Young People in the Álora Health District
- 27 Physiological Responses to Different Musical Styles.
- 31 The Use of Radiographic Tests in Emergency Room Visits for Acute Lumbago and the Attitudes and Opinions of Emergency Room Doctors Who Request Them.
- 36 Inter- and Intra-Observer Agreement in Cardiovascular Risk Stratification Methods for Hypertense Patients in an Urban Health Center.

Review Article

- 42 Providing Medical Care to Immigrants in a Primary Care Setting: Action Guidelines

Under Debate

- 58 Continuity in care. A Conceptual Analysis of Key Actors and Threats. Proposals and Alternatives.

Without Bibliography

- 67 With your Permission, We'd Like to Introduce Ourselves. A Public Health System in Argentina – that Functions.

Special Article

- 70 A Model for the Professional Promotion of General Practitioners in Family Medicine within Andalusia's Publicly-Financed Health System.

77 Letters to the Editor

79 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 84 ECG: Male with mid-thoracic pain.

87 Scientific Activities

89 Information for Authors

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Vicepresidente Primero

Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo

Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero

Santiago Gascón Veguin

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Tesorero/Form. Continuada

Pablo García López

Vocal Investigación

Francisca Leiva Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Residentes

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

Representantes internacionales

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

Medicina de Familia. Andalucía

Envíos

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

Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.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.F.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain

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

Mujeres y el convenio marco para el control del tabaco

Espejo Guerrero M.ª P.¹

¹ *Directora de salud del Distrito Sanitario Poniente de Almería. Grupo de trabajo de la TFI de la OMS para Andalucía.*

Que el tabaco es un gran problema de salud pública mundial es algo que ya nadie discute, pero que se hace y que se debería de hacer esta mas sometido a controversia.

Hace unos meses durante la Conferencia Europea de la SRNT (Society for Research on Nicotine and Tobacco) celebrada en Santander en el mes de octubre, cuatro mujeres debatíamos sobre el tema. Quedamos en reunir a las españolas que estábamos allí e intentar adoptar una línea de actuación. Así nació el I Encuentro Nacional de Mujeres en apoyo al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Dicho Convenio es un documento sobre el que está trabajando la Organización Mundial de la Salud (OMS), que supone el primer tratado internacional de salud publica en 100 años.

El tabaco contribuye de modo importante a la desigualdad en la salud en todas las sociedades; como resultado del carácter adictivo y del daño para la salud asociado al uso del tabaco éste debe considerarse un producto nocivo; la población tiene derecho a estar plenamente informada de las consecuencias del uso de productos del tabaco; y el sector de la salud tiene una destacada responsabilidad para combatir la epidemia tabáquica. Pero el éxito no puede obtenerse sin la plena colaboración de todos los sectores de la sociedad.

El CMCT será un instrumento jurídico internacional que limitara la difusión mundial del tabaco, que reflejara las preocupaciones de los 191 estados miembros de la OMS. Por tanto la elaboración y el desarrollo del CMCT depende en gran parte de la voluntad política y el compromiso sostenido a favor de la causa de la salud pública. Los protocolos en los que se esta trabajando y requieren una atención mas urgente son:

- Publicidad
- Contrabando
- Marcado de paquetes
- La salud antes del comercio
- Prohibir las afirmaciones y los descriptores desorientadores
- Abandonar la terminología ISO
- Aumentar los impuestos.

- Eliminar las exenciones de derechos sobre el tabaco.
- El derecho de una vida libre de tabaco.
- Terminar con todas las formas de subvenciones al tabaco.

Con el CMCT como documento de trabajo nos reunimos en Córdoba 37 mujeres. Procedíamos de distintos sectores profesionales: periodistas, enfermeras, médicas, abogadas, economistas, psicólogas, farmacéuticas, pedagogas; representábamos a distintas instituciones públicas y privadas, de carácter nacional y autonómico. Nuestro objetivo era redactar un manifiesto en apoyo al CMCT que debiera aprobarse durante la Asamblea Mundial de la OMS en Mayo del 2003 y sentar las bases para la organización de futuras asociaciones.

Las jornadas se desarrollaron en el Palacio de Congresos de Córdoba y fueron inauguradas por la Directora General de Salud Publica de la Conserjería de Salud de las Junta de Andalucía Dña. M.ª Antigua Escalera. En su discurso inaugural habló de la necesidad de trabajar en políticas activas de prevención con discriminación positiva en los adolescentes, y afirmó que invertir en salud de la mujer es una de las mejores inversiones en política sanitaria, ya que supone el fortalecimiento en salud familiar. Posteriormente Dolores Marín Tuya (Change Agent España TFI de la OMS) habló del CMCT y el liderazgo de las mujeres.

Se desarrollaron dos mesas de trabajo. En la primera con el título de Desnormalización se habló de publicidad y medios de comunicación, paquetes de tabaco y desnormalización de espacios públicos. La segunda mesa con el título de Las mujeres nos organizamos trató el liderazgo de las mujeres, se describió el proyecto INWAT, se habló de propuestas de cambio basadas en diferencias de género y por último se realizó una evaluación del proceso y las propuestas de futuro.

En el segundo día se redactó y aprobó el MANIFIESTO DE CÓRDOBA, que fue leído en la conferencia-rueda de prensa ofrecida a los medios de comunicación.

Por último el día 8, y ya dentro del marco de nuestra Comunidad Autónoma, se fundó la SANAT (Sociedad Anda-

luza para el Abordaje del Tabaquismo). La SANAT pretende ser una sociedad multidisciplinar donde los andaluces que trabajamos en tabaquismo tengamos un punto de

encuentro y podamos aunar nuestros esfuerzos para abordar el problema del tabaco desde sus distintas perspectivas.

MANIFIESTO DE CÓRDOBA

Las mujeres reunidas en el I ENCUENTRO ESTATAL DE MUJERES EN APOYO AL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO, en la ciudad de Córdoba, el día 7 de febrero de 2003, nos comprometemos a :

- Difundir el contenido del Convenio Marco para el Control del tabaco.
- Instar a las autoridades españolas e internacionales a suscribir íntegramente dicho Convenio.
- Poner nuestros conocimientos al servicio de la sociedad para conseguir un mundo sin tabaco.
- Velar por la coherencia en las decisiones de Salud Pública que afectan a la población, para que siempre prevalezca el valor de la salud sobre el valor comercial del producto.
- Crear y promover estrategias específicas para la prevención y el tratamiento del tabaquismo entre las mujeres.
- Promover reuniones a nivel nacional e internacional para poner en común logros y experiencias en el camino que estamos desarrollando.
- Conectar con grupos de mujeres de todo el mundo, creando y ampliando redes para conseguir estos objetivos.

Fe de erratas:

En el encabezado de página del artículo **ECOE: evaluación clínica objetiva estructurada (III). Montaje y desarrollo de una ECOE** de la sección **Área Docente**, del volumen 3, número 4 no figuran correctamente los apellidos del doctor Epifanio de Serdio Romero.

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2002

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores, sus valiosas y desinteresadas aportaciones encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2002. Su trabajo constituye sin duda un *valor añadido* a la revista.

CRISTINA AGUADO TABERNE.
JUAN DE DIOS ALCÁNTARA BELLÓN.
EMILIA BAILÓN MUÑOZ.
MARIBEL BALLESTA RODRÍGUEZ.
BEATRIZ BULLÓN FERNÁNDEZ.
ANTONIO CABALLERO OLIVER.
RAFAEL CASTILLO CASTILLO.
NICOLÁS FERNÁNDEZ DE LA FUENTE.
LUIS GÁLVEZ ALCARAZ.
PABLO GARCÍA LÓPEZ.
GERARDO GRAU FIBLA.
FEDERICO JIMÉNEZ VILLEGAS.
BLANCA LAHOZ RAYO.
FRANCISCA LEIVA FERNÁNDEZ.
BEGOÑA LÓPEZ HERNÁNDEZ.
FERNANDO LÓPEZ VERDE.
JOAQUÍN MAESO VILLAFANA.
ANTONIO MANTECA GONZÁLEZ.
BLANCA NIEVES MARCOS ORTEGA.
PABLO JOSÉ MARTÍN OLMEDO.
TERESA MARTÍNEZ CAÑAVATE.
EDUARDO MAYORAL SÁNCHEZ.
EDUARDO MOLINA FERNÁNDEZ.
RAFAEL MONTORO RUIZ.
IGNACIO JAVIER MORATA GARCÍA DE LA PUERTA.
GUILLERMO MORATALLA RODRÍGUEZ.
ASUNCIÓN MORÓN CONTRERAS.
MAXIMILIANO OCETE ESPÍNOLA.
GERTRUDIS ODRIOZOLA ARANZÁBAL.
JUAN ORTIZ ESPINOSA.
MIGUEL PEDREGAL GONZÁLEZ.
LUIS ÁNGEL PERULA DE TORRES.
MIGUEL ÁNGEL PRADOS QUEL.
JOSÉ LUIS SÁNCHEZ RAMOS.
PEDRO SCHWARTZ CALERO.
ISABEL TORAL LÓPEZ.
JESÚS TORÍO DURÁNTEZ.
JUAN TORMO MOLINA.
CRISTÓBAL TRILLO FERNÁNDEZ.
AMELIA VALLEJO LORENCIO.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Calidad asistencial y participación social

Ruiz Legido O¹.

¹ *Gabinete técnico-jurídico FACUA*

Ahora que tanto se habla de la Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es preciso que reflexionemos sobre qué elementos necesariamente deben contribuir a garantizar los parámetros de calidad que desde la Administración sanitaria se están estableciendo. Tenemos que ser conscientes que el propio éxito del Sistema pasa de un lado por el cumplimiento de sus principios más básicos, consagrados en la Ley de Salud de Andalucía y de otro por el reconocimiento real y efectivo de la participación de los usuarios en el Sistema, tanto a nivel individual como colectivo.

El Sistema Sanitario Público Andaluz debe mejorar en dos vertientes:

- Atendiendo a una vertiente Objetiva, debe ser más escrupuloso en el cumplimiento de sus principios básicos. Aún reconociendo que se hacen esfuerzos por mejorar la organización sanitaria, la calidad de los servicios y la participación de los usuarios, no podemos considerar suficiente los avances producidos.
- Atendiendo a una vertiente Subjetiva, la realidad social y tecnológica cambia y deben adaptarse las estructuras sanitarias para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos. El usuario es cada vez más un usuario informado, conocedor de sus derechos y por tanto sus expectativas de satisfacción frente al sistema son mayores, valorándose el conjunto de actuaciones y prestaciones de aquél y no sólo el resultado final de la asistencia sanitaria dispensada.

¿Como dar respuesta a estas expectativas, a las necesidades reales del ciudadano?

Consideramos que los medidores de calidad del sistema deben servir precisamente para buscar fórmulas comparadas de mejora y adecuación de la organización asistencial al ciudadano. Las organizaciones de consumidores debemos y tenemos que trabajar conjuntamente con el Sistema para su mejora.

La participación debe convertirse por tanto en un eje fundamental del modelo sanitario, una participación desarrollada en dos vertientes:

- A nivel individual: en la relación del usuario a título particular con el sistema a través de mecanismos tales como el ejercicio del derecho a la información sanitaria, presentación y tramitación de sus quejas y sugerencias, desarrollo efectivo de la libre elección, regulación del derecho a la segunda opción u opinión médica, grupos focales, encuestas de opinión...
- A nivel colectivo: a través de foros y órganos de participación que permitan un diálogo y trabajo conjunto, donde se interrelacionen de forma habitual y fluida las estructuras del sistema sanitario y sus responsables con la sociedad civil vertebrada y canalizada mediante organizaciones representativas.

Una participación también desarrollada en dos campos: en el tratamiento y análisis de las reclamaciones de los consumidores y en el ámbito institucional, a través de los foros, órganos y otros instrumentos adecuados para su canalización.

En el terreno de la tramitación y valoración de las reclamaciones de los usuarios, es preciso abordar la creación de comisiones para el estudio, seguimiento y evaluación de las reclamaciones que formulan los usuarios, no en cuanto a su número y tiempo de respuesta (que también), sino sobre todo como fuente de información de cuales son los motivos por los cuales reclaman los usuarios, y detectar los auténticos problemas de los que se quejan los usuarios, y en este caso como verdaderos fiscalizadores y proponentes de soluciones a problemas generalizados. Es preciso crear canales y mecanismos ágiles de contacto entre las Organizaciones de Consumidores y los responsables de la atención al usuario del Sistema Sanitario encaminados a la respuesta ágil y eficaz de las reclamaciones.

En el terreno institucional existen importantes carencias, haciendo también preciso avanzar en este ámbito y por ello se demanda una mayor y más desarrollada apuesta por la participación social, diseñando y poniendo a funcionar un modelo de participación real y no meros órganos

de información unidireccionales (Administración Sanitaria \Rightarrow ciudadanos) reconociendo a las Organizaciones de Consumidores y Usuarios como representantes legítimos de éstos. Las Organizaciones de Consumidores queremos y demandamos ser los referentes para la Administración Sanitaria de los intereses y derechos de los usuarios en toda la estructura del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Hasta el momento los distintos instrumentos políticos y de gestión de la administración sanitaria: PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD DE ANDALUCÍA, PLAN DE CALIDAD (NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA SANIDAD ANDALUZA) y II PLAN ANDALUZ DE SALUD (1999-2002) le otorgan un mayor peso específico y un mayor concreción y diseño a la participación individual en comparación con una participación colectiva o representativa.

Una implicación directa y más activa del consumidor individual y organizado en el Sistema deviene como un elemento básico y legitimador del mismo y la consecución de los objetivos de calidad propuestos pasan necesariamente por su reconocimiento en la práctica diaria de los distintos niveles asistenciales, tanto en el especializado como en la atención primaria, ésta última como puerta de entrada de ciudadano al Sistema. Se garantiza también con ello un Sistema transparente que genera mayor confianza del usuario en su funcionamiento y gestión y con ello mayor grado de responsabilidad en la utilización de los distintos servicios y prestaciones.

Las Organizaciones de Consumidores y Usuarios siempre hemos aspirado a ser interlocutores de las Administraciones en calidad de representantes legítimos de los consumidores y usuarios y como auténticos agentes económicos y sociales, canalizando nuestra participación a través de foros u órganos de participación institucional que funcionen y que lo hagan conforme a normas y reglas capaces de garantizar una implicación directa, plural y eficaz de los consumidores en aquellos asuntos que les afectan.

Hasta ahora la única experiencia en el ámbito de la participación, desde la óptica de la Administración Sanitaria, ha sido la de los análisis internos de las reclamaciones formuladas por los usuarios individualmente, que se supone ha servido o debe servir, como una oportunidad de mejora y como una verdadera auditoria de los servicios prestados, la realización de encuentros con grupos focales de usuarios, encuestas de satisfacción y poco más, siendo muy escasa o casi inexistente en todos los niveles pero especialmente en atención primaria. Por lo tanto, mientras que la experiencia de la Administración Sanitaria con los usuarios individuales se ha producido y existe, aunque es indudable también que debe profundizarse aún más en mejorarla, sin embargo la experiencia

a nivel colectivo e institucional con los representantes legítimos de aquellos tiene aún mucho camino que recorrer, siendo apenas incipiente. Actualmente se encuentra funcionando, aunque en líneas generales irregularmente, el Consejo Andaluz de Salud y recientemente han sido creados los Consejos de Salud de Área, prácticamente ya constituidos y convocados en las ocho Provincias Andaluzas y que están trabajando ya en la elaboración de sus Reglamentos de funcionamiento interno, donde también deberá garantizarse el papel que los usuarios organizados deben estar llamados a desempeñar, en la mejora del sistema y como legitimadores del mismo. Por el momento se ha parado ahí el diseño de la política de participación social a nivel territorial, no descendiendo del ámbito provincial.

Queremos y demandamos por tanto jugar un papel de auténticos legitimadores del sistema, formando parte de órganos de participación que permitan relaciones bidireccionales regulares y una grado de interrelación suficiente para el trabajo conjunto. Son necesarios niveles más fluidos en la información sobre cuestiones o decisiones que van a afectar a los usuarios, oyendo a la Administración sanitaria pero también debiendo ser oídas las organizaciones de consumidores, el seguimiento y valoración conjunta del grado de cumplimiento y ejecución de las directrices fijadas en materia de política sanitaria, asesorando a los correspondientes órganos directivos e implicando a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y calidad asistencial, participando en la toma de decisiones sobre aspectos que afectan a sus relación con los servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

También somos conscientes desde FACUA, aunque nuestra aspiración sea abarcar el mayor grado de presencia y participación social y por tanto de participar en todos los niveles sanitarios, que debe responder a un desarrollo paulatino, de forma que también por nuestra parte pueda ser desarrollada de forma eficaz y seria, y por tanto, siendo conocedores de nuestras limitaciones, abordarla en aquellos niveles que tanto material como personalmente nos permitan un trabajo riguroso.

Precisamente ese rigor y eficacia en el trabajo que estamos llamados a desempeñar todos los sujetos implicados directa e indirectamente en la mejora de la sanidad pública y en la atención del usuario, demanda que sea preciso dotar de impulso suficiente, con medios suficientes para su desarrollo y un funcionamiento regular como foro de contacto, diálogo y consenso en la ejecución de las estrategias sanitarias, a los órganos de participación existentes y creados hasta la fecha pero también a los que en un futuro puedan desarrollarse. Debe evitarse que queden como meros instrumentos formales e inertes, garantizando por el contrario una verdadera participación social en

las decisiones relevantes de política sanitaria y de acción de dicha política, evaluando posteriormente y de forma conjunta también los resultados.

Una implicación en la toma de decisiones que hoy por hoy puede manifestarse que no se produce al nivel esperado y deseado y ello partiendo de la consideración y premisa de que las decisiones tomadas por la Administración deben encontrarse refrendadas por órganos de participación donde han sido oídas las organizaciones de consu-

midores en su condición de auténticos agentes económicos y sociales y representantes legítimos de los consumidores.

Una participación en definitiva activa y cooperante de los agentes sociales y económicos que contribuirá sin duda también a optimizar y racionalizar los recursos disponibles del sistema, corresponsabilizando a todos sus sujetos en la gestión y en la consecución de objetivos de calidad y mejora.

ORIGINAL

Medicina biopsicosocial de la utopía a la realidad. Intervención Comunitaria con esponsorización

Fernández Rosado FJ¹, Ouaridi Dadi A².

¹ Médico del Centro de Salud Pinillo Chico, Unidad Clínica del Puerto de Santa María; ² Farmacóloga Clínica, Centro de Salud San Benito, Jerez de la Frontera.

MEDICINA BIOPSIOSOCIAL DE LA UTOPIA A LA REALIDAD. INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESPONSORIZACIÓN

Objetivo: Realizar una intervención comunitaria emitiendo unos spots y medir: Conocimiento de los spots publicitarios, nuestros o no, mediante el «recuerdo» de los mismos. Valoración global (puntuación) de los spots. Medio de comunicación mas efectivo. Y opinión sobre cómo les gustaría que fuesen los spots.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Villa de Rota.

Población y muestra: Público objetivo: toda la población de Rota de 16 años o mas del padrón municipal. Muestreo aleatorio sistemático.

Intervenciones: Durante cuatro meses se estuvieron emitiendo cinco anuncios en la Televisión y en la Radio locales. La campaña tuvo el eslogan de «Rota Sin», los personajes y los lugares de los anuncios fueron los propios ciudadanos y la Villa de Rota.

Resultados: Realizamos 480 encuestas telefónicas por muestreo aleatorio simple, nuestro anuncio más recordado fue el de presentación de objetivos de la campaña con 53.1% de los encuestados. Todos estos resultados se refieren a la Televisión Local y ninguno a la Radio local.

Conclusiones: Demostramos que somos capaces de realizar una campaña publicitaria que llegue a la mayoría de la población con el simple hecho de que los protagonistas y los receptores sean un mismo sujeto. Las administraciones públicas tienen medios económicos que los centros de salud podemos utilizar para conseguir nuestros objetivos.

Palabras claves: Estudios de intervención, prevención, promoción, encuestas.

BIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL MEDICINE: FROM UTOPIA TO REALITY. A COMMUNITY INTERVENTION BASED ON PUBLIC SERVICE ADVERTISEMENTS

Goal: To carry out a community intervention based on the emission of publicity spots and to measure: familiarity or lack of familiarity based on the “recalled memory” of those spots; overall assessment of the spots; the most effective means of communication; and opinions on how they would have liked the spots to be done.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Village of Rota.

Population and Sample: The target public consisted of all persons aged 16 or over who were registered in the municipal census of the village of Rota. Systematic random sampling.

Interventions: During the course of four months, five ads were placed on local television and radio stations. The campaign’s slogan was “Rota Without”, and the main characters were the citizens themselves, with ads being set in their own village.

Results: We did 480 telephone surveys using simple random sampling. 53.1% of those surveyed said the most recalled ad was the one introducing the campaign’s goals. All these results referred to local television and none to local radio.

Conclusions: We demonstrated our capacity to carry out a publicity campaign that reached a majority of the population simply because the protagonists and receptors of the message were the same. The public administration has economic means that health centers can use to meet their goals.

Key words: Intervention studies, prevention, promotion, surveys.

Correspondencia: Francisco José Fernández Rosado. C/Almadraba n.º 3. 11500 Puerto de Santa María (Cádiz).

Recibido el 19-04-2002; aceptado para publicación el 15-10-02.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 13-19

Introducción

El ejercicio profesional diario, nos convence cada vez más de la imposibilidad de solucionar muchos de los problemas de nuestros ciudadanos, con una receta o dentro de nuestras consultas. Es más, pensamos que muchas veces recetamos para corregir un error en la prevención, que pudo haberse evitado si alguien hubiera informado o ayudado a esa persona. ¿Cuántas enfermedades, evitamos a nosotros y a nuestras familias, gracias a nuestros conocimientos médicos sobre prevención?, de hecho se ha visto que los enfermos con un nivel de instrucción inferior son los que más se polimedican¹.

Creemos que el médico debe ser además de modelo de salud, un educador² en salud física, psíquica, familiar³ y social, ¿resultamos creíbles si olemos a tabaco, o nos sobra veinte kilos, por dejadez?, ¿podemos conseguir nuestros objetivos si los medios de comunicación bombardean a la población continuamente con mensajes contrarios a los nuestros? Nuestra competencia en términos de mercadotecnia es excesiva, baste con saber que en marquesinas, mupis y columnas de nuestras ciudades vemos en tres meses 24.302 inserciones publicitarias sobre bebidas o tabaco, contra 48 sobre belleza higiene o salud⁴.

La mercadotecnia nació en la segunda posguerra en los EEUU para solucionar el problema del excesivo acumulo de producción, actualmente las técnicas de marketing irían más a modificar el valor percibido por el usuario de aquello que se quiere vender, esta fue nuestra intención desde un inicio modificar la percepción de los valores en la Villa de Rota, tan agradable es tomar un zumo natural como un licor, pero uno tiene publicidad el otro no, tan intenso es una bocanada de aire frente al mar como un cigarrillo para un fumador, la única diferencia es que las empresas de tabaco gastan anualmente miles de millones en convencernos que solo fumar lo produce. Modestamente intentamos llegar al mayor número de personas para que apreciaran algunas cosas que las agencias de publicidad están empeñadas en que se olvide. Elegimos la televisión para nuestro trabajo por ser el medio de comunicación más visto, los niños y jóvenes (de 4 a 24 años) pasaron 153 minutos al día, los mayores de 64 años 312 minutos al día durante el año 2000⁵. Estos datos son más acusados en familias de bajo nivel económico o en comunidades autonómicas como la andaluza, siendo además la autonomía con más televisiones locales. Según el Estudio General de los Medios de España estas emisoras solo obtienen un 1.7% de la audiencia a nivel nacional, sin embargo algunas televisiones locales manejan cifras propias del hasta el 33%. Resulta revelador que alrededor del 20% de nuestros hogares tienen lavavajillas o el 30% ordenadores, mientras que el televisor a color está en casi el 100% de ellos⁶.

En la sociedad son clave los medios de comunicación al ser ellos los que determinan las ideas y los comportamientos⁷, es decir las palabras determinan ideas y hábitos de vida. De ahí nuestro interés en intervenir en nuestra sociedad a través de ellos.

Hoy nadie duda que los estilos de vida determinan la salud^{8,9}, posiblemente gracias a impedir riesgos evitables¹⁰, las variables que mejor se relacionan con buenos indicadores de salud no son número de fármacos tomados, sino tener unos hábitos saludables¹¹, teniendo un papel preponderante los modelos psicoeducacionales¹², más aún que las prevenciones secundarias, que con relativa frecuencia es lo único que a veces nos preocupa, a pesar de que somos profesionales de la atención primaria.

Desde uno de los puntos de España más deprimido económicamente, baste con ver las cifras del INEM, y como consecuencia, con los índices de salud de los más bajos, la lucha biopsicosocial es lo único que nos puede hacer que nuestros ciudadanos no escondan tras la sonrisa una larga lista de acontecimientos vitales estresantes que les conducen irremediamente, como eslabones de una misma cadena a una morbi-mortalidad anticipada^{13,14}.

En palabras de Kofi Annan en la cumbre mundial sobre el desarrollo social del 2000 «Una sociedad saludable es aquella que cuida de todos sus miembros y les da una oportunidad para participar en las decisiones que afectan a sus vidas»¹⁵.

En definitiva decidimos aportar nuestro grano de arena en el mundo de la publicidad donde anualmente se gastan billones de pesetas en todo el mundo.

Sujetos y métodos

Población de base personas 16 años o más, del padrón municipal de Rota. Nivel de confianza de la muestra del 95%, alfa del 5%, precisión del 5%.

Tras dialogar y dar algunas charlas sobre medicina biopsicosocial a los representantes de Rota, Ayuntamiento y oposición, personas sensibilizadas en temas sociales, medios de comunicación y público en general, se aprobó en la Comisión de Gobierno del Ayuntamiento la contratación de una empresa de publicidad por 975.000 pesetas, para realizar cinco anuncios sobre temas de salud desde un punto de vista biopsicosocial. Los spots fueron de formato normal (pequeña película) con un contexto de la emisión no solapado (no se superpone a otras imágenes), se trató de una comunicación con causa en términos de publicidad.

Dialogamos con la agencia de publicidad del trasfondo de los anuncios (briefing y contrabriefing).

La campaña con el eslogan «Rota Sin», comenzó con cinco spots:

1. lo que les gustaría a los roteños que fuese Rota, en temas de salud. Lo llamaremos de «Presentación de la campaña».
2. maltrato a las mujeres e indirectamente a los niños. Lo llamaremos de «Maltrato».
3. deportistas, drogadictos, alcohólicos y fumadores. Lo llamaremos de los «Deportistas».

4. alcoholismo y conductas de riesgos durante la movida juvenil nocturna. Lo llamaremos de la «Movida juvenil».
5. higiene equiparando los comportamientos dentro y fuera del hogar. Lo llamaremos de «Higiene».

Todos los anuncios se realizaron en la Villa de Rota y con los ciudadanos de ella.

La campaña se puso en marcha en la Televisión Local de Rota y en una emisora local de una cadena de radio Nacional, igualmente en los autobuses urbanos se pusieron grabaciones de la televisión local que contenían los anuncios. El número de veces que se emitieron los anuncios en los cuatro meses previos a la realización de unas encuestas telefónicas es incalculable ya que el primero de ellos se fue convirtiendo en una carta de presentación para la televisión, emitiéndose varias veces al día, los demás anuncios pudieron ser una vez a la semana. En la Radio se pusieron en el primer mes una vez al día, luego una vez a la semana, para decaer a una vez al mes y en el último mes ya no se ponían. Es imposible saber el número exacto de veces que se emitieron los anuncios al no haber nada pactado desde un inicio, emitiéndose a gusto de los trabajadores o por necesidad de la programación.

Tras cuatro meses del comienzo de la campaña se realiza una encuesta descriptiva por teléfono (tabla 1) con preguntas abiertas y cerradas, el muestreo fue aleatorio simple. Previamente se realizaron una revisión bibliográfica en el Índice Médico Español con el descriptor encuesta. A continuación se discutieron y definieron las dimensiones que debían de estar contempladas en la encuesta. Posteriormente se hizo un pilotaje de 10 encuestas telefónicas, con el objetivo de conocer el comportamiento de la encuesta, identificar dificultades en su comprensión y recoger las inquietudes o sugerencias que pudieran aportar usuarios, tras lo cual realizamos correcciones menores en diversas partes del cuestionario. Se entrenó convenientemente las personas que la realizaron. Cuando tuvimos 480 encuestas completas de personas de 16 años o más, finalizamos el estudio.

Para valorar la aceptación de los spots se utilizó una escala del 1-3 en donde: 1 era si le gustó poco o nada el spot, 2 si le gustó y 3 si le gustó mucho.

Para el tratamiento estadístico utilizamos el programa SPSS.

Resultados

En la tabla 2 se representa las características de nuestra población encuestada, donde predominan las mujeres, posiblemente por ser ellas las que más tiempo están en casa.

El anuncio nacional mas recordado, según nuestra encuesta, fue el de seguros sanitarios con el 11.2% seguido por el del Corazón con 7,2%, los anuncios recordados en prensa fueron pobrísimos (tabla 3).

El anuncio más recordado en la televisión local fue él de la presentación de objetivos con 255 personas (53,1%) con un alto grado de aceptación (tabla 4), nadie recordó un anuncio en la radio, ni nuestro, ni nacional.

El resultado de nuestra 4.ª pregunta (tabla 1) fue, que lo más interesante en temas de salud en la Villa de Rota, es la Droga (tabla 5).

La utilización de la Televisión Local se llevó a cabo gracias a un acuerdo firmado con el Ayuntamiento de carácter anual de alrededor de 18.000 € (3.000.000 de pts). Y los anuncios en la Radio se pudieron emitir gracias a un

acuerdo del Ayuntamiento con la dirección provincial de la Emisora, que nosotros mismos propiciamos, por 1.503 € (250.000 pts).

Realizamos 35 llamadas telefónicas en que no quisieron contestar el cuestionario, por lo tanto nuestra tasa de no respuesta fue del 6,8%. En el 100% de estos casos nos dijeron desde el primer momento de la llamada, que no podían contestarnos sin dejarnos que le explicásemos el contenido de la encuesta.

Discusión

Parece evidente, que nuestra estrategia, logró con crece nuestro objetivo. Demostramos que colaborando con el Ayuntamiento, los ciudadanos y aunando intereses se puede llegar a una gran parte de la población. El grado de aceptación en los anuncios fue muy elevado, se ha demostrado que utilizar a las mismas personas a las que van dirigidos los mensajes¹⁵ es lo más eficaz cuando queremos modificar los estilos de vida^{17, 18}. Según diferentes autores en el estilo de vida influye principalmente y por este orden, el conocimiento sobre salud, los comportamientos de los amigos y la experiencia interpersonal^{19, 20}.

Por otra parte el hecho de que quisiéramos, mas que dar información, hacer reflexionar, se debió a que consideramos que las personas, en su gran mayoría, saben que es positivo o no para su salud⁹, pero la dificultad está en llevarlo a la práctica.

El resultado tan positivo en nuestro anuncio que llamamos de «presentación de la campaña» solo se pudo conseguir gracias a la calidad del mismo y a la aceptación que tuvo en los trabajadores de la Televisión, los políticos y la Villa en general. Todo lo contrario que sucedió en la Radio donde desde un principio se enfrentaron Agencia de Publicidad y el trabajador que debía de poner en antena las cuñas, lo que a la larga resultaría nefasto para la campaña. Describiré este spot detalladamente gracias al éxito conseguido: comienza saliendo habitantes de Rota diciendo una o dos palabras, dentro de su medio habitual y dicen: «queremos un pueblo que sea solidario con el vecino, queremos vivir en un ambiente que sea saludable y sin contaminación, un Rota sin drogas y sin ruidos, un pueblo tranquilo y sin fronteras y nos corresponde a nosotros lograrlo, entre todos podemos conseguir un Rota sin», se gravó en dos ocasiones, con diferentes personas y debajo de la imagen aparecían las palabras que decían, invitando a la repetición por los telespectadores. Toda una declaración de principios de Medicina Biopsicosocial.

Aunque la población esto no lo percibe como salud ya que nadie a pesar de ver y recordar el anuncio, lo nombró a las preguntas 1.ª y 2.ª (tabla 1), para la mayor parte de

TABLA 1. ENCUESTA REALIZADA POR TELÉFONO

1.—¿Has oído o visto algún anuncio sobre salud en los medios de comunicación?

SÍ NO

¿Cuál?

Televisión

Radio

Prensa

2.—Tabaco, Medicamentos, Maltrato, Corazón en la televisión, Enfermedades, Seguros sanitarios, Ruidos, Deportes

Televisión

Radio

Prensa

3.—¿Has oído o visto anuncios sobre salud en la Televisión de Rota o en la Radio? ¿Qué puntuación le darías del 1 al 3?

Televisión local

Radio local

3A) Queremos una Rota sin drogas, ... 1 2 3*
¿Cómo era el anuncio?

3B) Marionetas que maltratan a la ... 1 2 3*
¿Cómo era el anuncio?

3C) Deportista de la ciudad que dicen: yo me drogo... 1 2 3*
¿Cómo era el anuncio?

3D) Movida juvenil si la lleva ... 1 2 3*
¿Cómo era el anuncio?

3E) Los cuidados de los perros dentro y fuera de la casa... 1 2 3*
¿Cómo era el anuncio?

4.—¿Cómo le gustaría que fuesen esos anuncios?

.....

.....

5.—Edad y sexo

* 1: le gusto poco o nada el spot. 2: le gusto el spot. 3: le gusto mucho el spot.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS TELEFÓNICAMENTE:

a) Edad	Frecuencia	Porcentaje
16 a 30 años	113	23,5%
31 a 45 años	134	27,9%
46 a 60 años	130	27,1%
Mas de 60 años	103	21,5%
b) Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	299	62,3%
Hombres	181	37,7%

TABLA 3. ANUNCIOS SOBRE SALUD, NO NUESTROS: A) RECORDADOS Y B) MEDIO DE COMUNICACIÓN EN QUE SE RECORDÓ:

a) Anuncios no nuestros recordados:		
Anuncios no nuestros	Recordados	Porcentaje
Seguros sanitarios	54	24%
Corazón televisión	35	16%
Medicamentos	31	14%
Drogas	29	13%
Sida	13	6%
Maltrato	11	5%
Ruidos	0	0%
Deportes	0	0%
Otros	49	22%
TOTAL	222	100%

b) Medio de comunicación en que se recordó:		
Anuncios no nuestros	Frecuencia	Porcentaje
Vistos en televisión	278	95%
Visto en prensa	16	5%
Oídos en radio	0	0%
TOTAL	294	100%

TABLA 4. ANUNCIOS NUESTROS: A) RECORDADOS Y B) ACEPTACIÓN SEGÚN ESCALA 1-3. C) MEDIO DE COMUNICACIÓN EN QUE SE RECORDÓ:

a) Anuncios nuestros recordados:		
Anuncios	Frecuencia	Porcentaje
Presentación	255	53,1 %
Movida Juvenil	144	30%
Higiene	88	18,3%
Deportistas	84	17,5%
Maltrato	53	11%

b) Aceptación de nuestros anuncios:		
Anuncios	Media aritmética	Desviación Estandard
Presentación	2,45	0,67
Movida juvenil	2,75	0,43
Higiene	2,77	0,56
Deportistas	2,26	0,71
Maltrato	2,32	0,64

c) Medio de comunicación en que se recordó nuestros anuncios:		
Medio de comunicación	Frecuencia	Porcentaje
En televisión local	624	100%
En radio local	0	0%

TABLA 5. PREFERENCIAS DE TEMAS EN LOS ANUNCIOS DE SALUD, EN LA VILLA DE ROTA SEGÚN NUESTRA ENCUESTA:

Anuncios	Frecuencia total	Porcentaje	Frecuencia Mujeres	Frecuencia Hombres
Drogas	105	21,9%	65	40
Vida sana	47	9,8%	26	21
Tabaco	36	7,5%	22	14
Movida juvenil	32	6,7%	18	14
Higiene	32	6,7%	21	11
Seguros sanitarios	18	3,8%	7	11
Violencia	11	2,3%	8	3
Otros	36	7,5%	29	7
Total	317	100%	196	121

la población este apartado lo reservan para el modelo bio-médico, es nuestra obligación modificar este concepto, no solo en nuestros usuarios sino también entre nuestros compañeros de profesión.

La famosa frase, lo que no sale en televisión es que no ha sucedido, se vuelve hacer realidad, ya que al preguntar sobre un anuncio en los medios de comunicación, sólo 16 personas se refirieron a un medio diferente a la pequeña pantalla (tabla 3). De hecho las industrias dan casi un 40% a las televisiones del total de los 56.440 billones de pesetas que se gastan cada año en el mundo en publicidad²¹.

Otro de nuestros resultados fue gracias a la 4.ª pregunta donde se demuestra que la mayor preocupación para las personas de Rota en temas de salud es la Droga (tabla 5) seguido a larga distancia de la «movida juvenil» ambos aspectos íntimamente relacionados.

No tenemos mas remedio que reconocer que resulta imposible cambiar los hábitos de vida de nuestros ciudadanos sin la ayuda de la publicidad.

La tasa de no respuestas del 6,8% pensamos que no puede esconder un sesgo, en que los que no contestaban la encuesta eran los que no le gustan los spots, pues desde el primer momento de la llamada nos decían que no nos podían contestar, sin saber lo que le queríamos preguntar.

Otro posible sesgo, por tender el encuestado a recordar el spot de las personas que encuestan, lo intentamos evitar preguntándole sobre detalles concretos del anuncio (¿cómo era el anuncio?) tabla 1, y no comunicándoles que nosotros éramos los responsables de la campaña, sino que eran anuncios de los medios de comunicación en general, todo ello muy útil para conocer la valoración real de los anuncios.

Conclusiones

La esponsorización de las actividades del Centro de Salud en materia de intervención comunitaria son posibles, existen medios económicos en las diferentes administraciones que podemos utilizar en los centros de salud para conseguir nuestros objetivos.

El permitir que los mensajes lo den las mismas personas a las que van dirigidos es una forma eficaz para aumentar el impacto de los mismos.

Existe una infrautilización de los medios públicos, antes de pedir dinero pensemos en sacar mas provecho de lo que tenemos, las administraciones tienen muchos medios por explotar.

Logramos nuestros objetivos de llegar a la población con nuestros spots, principalmente con nuestro primer anuncio de presentación de la campaña, con el 53.1% de la población encuestada que lo recordó.

La televisión con el total de nuestros anuncios y el 95% de los no nuestros fue el medio mas seguido.

Por último, ahora ya sabemos que según nuestra encuesta el tema mas interesante en salud para Rota es la droga.

Agradecimientos

A todos los representantes de la Villa de Rota por su sensibilidad por los temas sociales.

A la cátedra de Medicina Preventiva del Hospital del S.A.S. de Puerto Real por su colaboración en el tratamiento estadístico del trabajo.

A nuestros directores del S.A.S. por su comprensión.

¿Qué aporta este estudio al quehacer del médico de familia?

1. Una reflexión sobre la realidad de la sociedad sobre la que actuamos y la verdadera trascendencia de nuestros actos médicos.
2. La necesidad de intervenir sobre la publicidad y la sociedad para obtener una prevención primaria eficiente.
3. Existen medios públicos que podemos aprovechar para enseñar a prevenir.
4. El utilizar a los ciudadanos para dar sus mensajes crea un enorme impacto.

Bibliografía

1. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Duran Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 677-686.
2. Garrido Fernández M, González Infantes MC, Ibáñez Viejo I, Rubio Cabeza J. El papel de la Familia de origen en la Psicoterapia Familiar 1998; 197-219.
3. Minuchin Salvador. La recuperación de la familia. Barcelona: Paidós; 1994.
4. Boletín Mensual de Sofres Audiencia de Medios; 2001; 32: 6.
5. Boletín Mensual de Sofres Audiencia de Medios 2001; 31: 1.
6. Asociación para la investigación de Medios de Comunicación. Estudio General de los Medios de España. Eurocolor SA 2001; 16-53.
7. Sean PD, Greer DS. Social Marketing: Application to Medical Education. *Annals of Internal Medicine* 2001; 134: 125-127.
8. Lamata Contanda F. Una perspectiva de la política sanitaria. *Gac Sanitaria* 1994; 8: 189-194.
9. Martín Almendros MIS, Martínez González MA, Irala-Estévez J, Gibney M, Kearney J, Martínez JA. Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Aten Primaria* 1999; 9: 514-522.
10. Ginnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270: 2207-2212.
11. Cochrane AL, Lenger AS, Moore F. Health service input and mortality output in developed countries. *J Epidemiology and Community Health* 1978; 32: 200-205.
12. Mc Daniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. *Medical Family Therapy*. New York Book; 1992.

13. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J. Epidemiology and Community Health* 1999; 53:423-431.
14. Benach J, Yasui Y, Borrel C, Saez M, Pasarín MI. Material deprivation and leading causes of death by gender: evidence from a nationwide small area study. *J Epidemiology Community Health* 2001; 55: 239-245.
15. Centro de información de las Naciones Unidas para España, resumen mensual 2000; 6: 23-29.
16. Pastor Y, Balaguer I, García –Merita ML. Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la salud* 1998; 10: 15-49.
17. March JC, Martínez Olmos J, Cremades R, Arozamena J. La salud es transmisible. Los medios de comunicación y la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1999; 6:13-20.
18. Contreras A, March JC. Publicidad y Salud Pública. *Gaceta Sanitaria* 1990; 21: 215-217.
19. Gottlieb NH y Green LW. Ethnicity and Lifestyle Health Risk: Some Possible Mechanisms. *Am J Health Promotion* 1987; 2: 27-45.
20. Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29: 137-152.
21. Advertising Expenditure Forecasts. Zenith Media Publications 2000; December.

ORIGINAL

Evaluación de la conducta sexual contraceptiva en adolescentes de la Z.B.S. de Álora

Muñoz Álvarez JA¹, Madueño Meléndez R², Díaz Blasco J³, Núñez García D⁴.

¹ Enfermero, ² Enfermera, ³ Matrócn, ⁴ Médico de Familia. Centro de Salud de Álora.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL CONTRACEPTIVA EN ADOLESCENTES DE LA Z.B.S. DE ÁLORA

Objetivo: Conocer las características de la conducta sexual de los adolescentes de la

Zona Básica de Salud de Álora, comparándolo con un estudio similar realizado en 1993 por Boxó et al titulado «Conducta sexual y contracepción en adolescentes escolarizados de la zona básica de salud de Álora (Málaga)».

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio por conglomerados.

Emplazamiento: Atención Primaria, ámbito rural.

Participantes: 213 adolescentes comprendidos entre los 15 y los 22 años procedente de los dos Institutos de secundaria (806) y las dos Escuelas-Taller existentes en la localidad (70) de un marco muestral de 876 individuos.

Intervenciones: Cuestionario autoadministrado anónimo. Dicho cuestionario es el mismo que se administró en el estudio de 1993. Tabla 1.

Resultados principales: El 38'5% (I.C. (intervalo de confianza) 95% = 35'12 - 41'88) ha mantenido relaciones sexuales completas con diferencias significativas ($p < 0'05$) entre mujeres (46'7%) frente a hombres (22'9%). El 44'6% de los jóvenes utilizan siempre métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. El 7'2% utilizan métodos anticonceptivos no seguros (marcha atrás). El 70'7% de los que han mantenido relaciones sexuales lo han hecho antes de los 16 años, siendo las mujeres las que se inician antes con respecto a los hombres y las que se muestran más estables en sus relaciones de pareja.

Conclusiones: El porcentaje de jóvenes con relaciones sexuales completas se ha incrementado de manera significativa con respecto al estudio realizado en 1993. Sin embargo, ha disminuido el número de personas que dicen utilizar siempre Métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. El conocimiento de los métodos es bastante elevado entre los jóvenes, a pesar de lo cual, en un importante porcentaje de ellos se hace una mala aplicación de los mismos.

Palabras clave: Adolescentes, Sexualidad, Anticonceptivos.

EVALUATION OF SEXUAL CONDUCT AND USE OF CONTRACEPTIVE METHODS AMONG A POPULATION OF YOUNG PEOPLE IN THE ÁLORA HEALTH DISTRICT (SPAIN.)

Goal: The study's goal is to gather information about sexual conduct in the teenage population in Alora (Málaga). The results will be compared with those obtained in a similar study carried out by Dr. Boxó et al in 1993 titled, "Sexual conduct and contraception in the school population of the Zona Básica de Salud of Álora (Málaga)".

Design: A cross-sectional descriptive study. Sample-based, using conglomerate samples.

Setting: Rural primary care.

Population: 213 teenagers between the ages of 15 and 22 from two area high schools (806) and two technical schools (70), for a total sample of 876.

Interventions: An anonymous, self-answered questionnaire was administered. It was the same questionnaire that was used in 1993.

Results: 38.5% (CI. 95% = 35.12) of the teenagers surveyed had maintained complete sexual intercourse pointing out a significantly higher number ($p < 0.05$) of women (46.7%) than men (22.9%). 44.6% always use a contraceptive method when having sexual intercourse. 7.2% of them use contraceptive methods that are not reliable (coitus interruptus). 70.7% of those who have sexual intercourse indicated their first complete sexual relationship took place before the age of 16. Women begin their sexual activities earlier than men and their relations are more stable.

Conclusions: The number of teenagers that have maintained complete sexual relationship has increased significantly in comparison with the study carried out in 1993. However, the number of teenagers that admit to always using a contraceptive method in their sexual relationships has decreased. Most teenagers and young adults contraceptive methods, but a significant number of young people make poor use of them.

Key Words: Youth, Teenagers, Sexuality, Contraceptive methods.

Correspondencia: Juan Antonio Muñoz Álvarez. C/ Concha Espina 4, 2º-E. 29004 Málaga. e-mail: jarmena@teletel.es

Recibido el 03-05-02; aceptado para publicación el 23-07-2002

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 20-26

Introducción

La zona básica de Salud (ZBS) de Álorá comprende la población de Álorá (12.650 habitantes) y los municipios de Ardales (2.915 habitantes) y Carratraca (968 habitantes). La economía de esta zona se basa en su mayor parte en la agricultura con una pequeña proporción que proviene del sector servicios.

El censo de población comprendido entre los 13 y los 22 años es de 1.892 jóvenes. La población de estudio han sido los jóvenes escolarizados pertenecientes a los dos Institutos existentes (806 alumnos) y las dos escuelas-Taller (70 alumnos).

En esta Zona Básica de Salud, el número de embarazos correspondiente a la población inferior o igual a 18 años durante el año 2000 es de 13 y que supone el 8'72% del total de 149 gestaciones controladas en el Centro de Salud.

El objetivo del presente estudio epidemiológico es conocer la actividad sexual de los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 22 años escolarizados en los Centros de estudios existentes en la Zona Básica de Álorá o integrados en la Escuela-Taller de la localidad, así como el conocimiento y uso de las medidas anticonceptivas por parte de los mismos. Asimismo se pretende conocer si ha cambiado la conducta sexual de estos jóvenes de la Zona Básica de Álorá teniendo como base de referencia el estudio de Boxó et al² realizado en el año 1.993 y titulado

«Conducta sexual y contracepción en adolescentes escolarizados de la Zona Básica de Salud de Álorá».

Sujetos y métodos

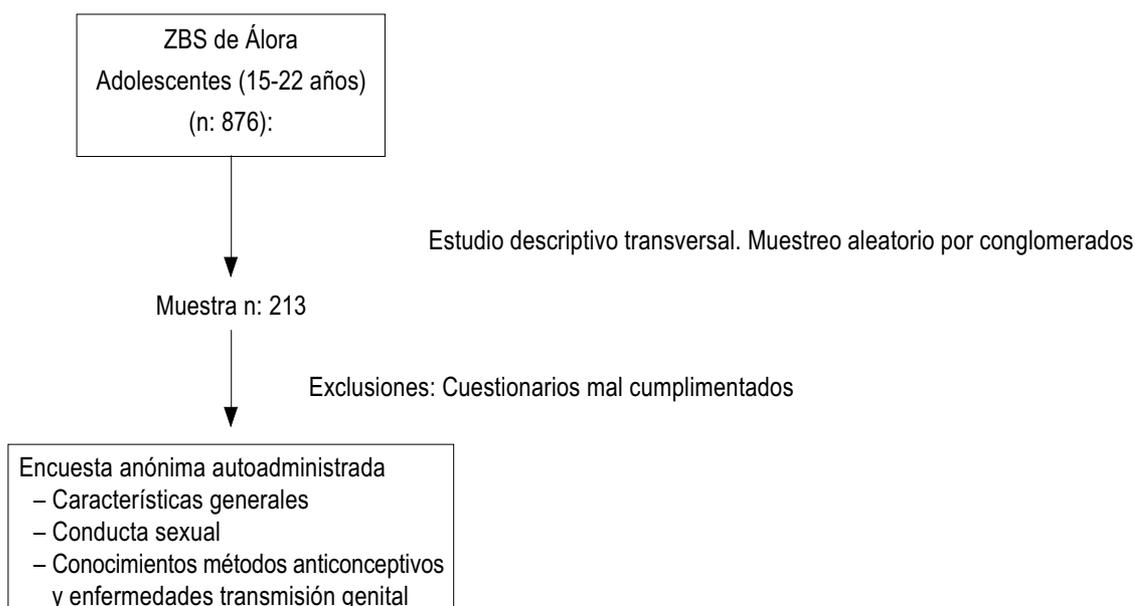
Para una p : 0,05 y precisión del 5% con un nivel de confianza del 95% hallamos un tamaño muestral para poblaciones finitas de 213 sujetos que se encuestan. Se realiza un muestreo aleatorio por conglomerados repartidos proporcionalmente por institutos, niveles, aulas y escuela taller. Para dar mayor tranquilidad a los alumnos en relación con la confidencialidad de los datos se eligieron aulas completas. De superarse el número de encuestas requeridos por aula, se desechaba el exceso mediante tabla aleatoria.

El criterio de evaluación diseñado en un Cuestionario anónimo (Tabla 1), autoadministrado de quince ítemes de respuesta cerrada que consulta sobre los siguientes aspectos: dos ítemes sobre las características generales, seis ítemes sobre la conducta sexual y siete ítemes sobre los conocimientos de métodos contraceptivos y Enfermedad de Transmisión Genital. Las fuentes de información básicas para su elaboración la obtuvimos del cuestionario sobre conductas y actitudes sexuales de los jóvenes de Navarra realizado por Madoz V, Ripio J y Celaya MT.³, el cuestionario realizado por Fernández- Martínez, Burgos Larrumbe y Sánchez Cantalejo en su estudio de Las Palmas⁴, el cuestionario utilizado por Oliva, Serra y Vallejo en su estudio sobre sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces⁵ y preguntas que en años anteriores habían formulado los jóvenes durante las intervenciones de cada año en los distintos puntos. El estudio se realizó en Abril de 2001. Como prueba estadística de comparación de hipótesis se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, la prueba binomial de comparación de proporciones, estableciéndose la significación para una $p < 0,05$.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO

Evaluación de la conducta sexual y contraceptiva en adolescentes de la ZBS de Álorá tras la intervención sanitaria realizada en los últimos siete años.



Resultados

Existe diferencia significativa ($p < 0'05$) entre hombres y mujeres en cuanto al mantenimiento de relaciones sexuales completas, mostrando en las mujeres una frecuencia del 46'7% frente al hombre con un 22.9% (tabla 3). Las relaciones sexuales con coito suponen un 38'5% (tabla 3) porcentaje más elevado que en otros estudios, Díez, E⁶ o Parera, N.⁷ y Fernández Martínez, Burgos y Sánchez⁴.

El número de personas que afirman usar siempre métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, es del 44'6% (tabla 4).

En cuanto a los que han mantenido relaciones sexuales con coito, el preservativo se muestra como el método anticonceptivo más usado (67'5%). Los varones no asumen los ACHO (anticoncepción hormonal) como método anticonceptivo, ninguno lo señala como método anticonceptivo usado.

Las personas que no usan métodos anticonceptivos contestan en un 75% erróneamente a la pregunta de si se necesita supervisión médica para iniciar el uso de los ACHO.

Cabe destacar el descenso de jóvenes que usan como método anticonceptivo la marcha atrás, sólo un 7'2% del total de los que han realizado el coito, muy por debajo del 11'7% de hombres y 17'6% de mujeres del estudio de 1993. Sin embargo, el 100% de estos jóvenes contestan correctamente a la pregunta que cuestiona la fiabilidad de este método. Usan la marcha atrás pero todos saben que no es un método seguro.

Discusión

En comparación con los datos encontrados en el estudio del año 1993 destacamos los siguientes hechos:

- Aumento muy significativo en el número de jóvenes que mantienen relaciones sexuales completas (media del 38'5%), cifra superior a los resultados del Estudio General Andaluz de Oliva, Serra y Vallejo⁵ (32'1%) y muy lejos de los resultados encontrados en el estudio realizado en Alora en 1993 (11'8%).
- Tendencia a la disminución en la edad de inicio en las relaciones coitales, el 70'7% de los jóvenes inician sus relaciones antes de los 16 años, bastante coincidente con el resto de estudios consultados.
- Las chicas inician sus relaciones sexuales completas antes que los chicos, tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales y una mayor estabilidad en sus relaciones de pareja con respecto a los chicos.
- El 44'6% de los jóvenes que mantienen relaciones sexuales completas utilizan siempre anticonceptivos, dato muy por debajo del hallado en el estudio del año

1993 (70'8%), aunque superior al encontrado en el Estudio General Andaluz (14'9%). Esto indica, que a pesar de que en nuestra zona hay un mayor uso de anticonceptivos que en resto de la comunidad andaluza, se ha producido una disminución en el uso de anticonceptivos, pese a aumentar el nivel de conocimientos por las actividades desarrollada desde el Centro de Salud (programa de Planificación familiar, Tarde Joven y Educación Sanitaria a jóvenes). Es significativo el descenso en el número de jóvenes que utilizan el coito interrumpido en relación al estudio del año 1993; y al igual que encontramos entonces, los que practican este método lo hacen a pesar de conocer su bajo nivel de seguridad (pregunta 9.a del cuestionario. Fig. 1).

- Respecto al tipo de método anticonceptivo y en comparación con otros estudios, no hay diferencias en el porcentaje de utilización de cada uno de ellos; el preservativo masculino es, con diferencia, el más utilizado.
- Importante destacar (Pregunta 9 del cuestionario) el bajo porcentaje en la utilización de ACHOS como método anticonceptivo en los jóvenes y el escaso conocimiento e información que se tiene sobre los mismos (Tabla 5); Así, a la pregunta sobre si son eficaces las pastillas anticonceptivas si se toman antes de cada relación, un 40'5% de chicos y un 25'8% de chicas contestaron erróneamente. A excepción de los ACHOS, existe un alto grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes, lo cual contrasta con el bajo porcentaje de uso de estos métodos de manera regular en las relaciones sexuales (46'7%). También queremos destacar que los chicos, cuando su pareja toma ACHO, contesta que no utiliza método anticonceptivo, lo que deja traslucir la idea generalizada aún que la anticoncepción no incumbe a la pareja sino que es una decisión personal. (Figura 1).

Lo conocido sobre el tema

- * Alta prevalencia de jóvenes entre 15 y 19 años que jamás han usado métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.
- * El porcentaje de relaciones con coito completo varía de unos estudios a otros entre el 11'8% y el 32'1%.
- * El 70'8% de jóvenes que usan anticoncepción en sus coitos eligen anticoncepción considerada segura, siendo el preservativo el más utilizado.

¿Qué aporta este estudio?

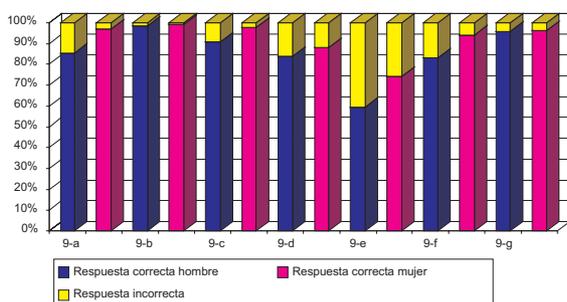
- * Aumento significativo en el número de jóvenes que mantienen relaciones sexuales completas, con una media en ambos sexos del 38'5%.

- * Tendencia progresiva a la disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales; el 70'7% de jóvenes inician sus relaciones antes de los 16 años.
- * Las chicas inician sus relaciones sexuales completas antes que los chicos y mantienen una mayor frecuencia y mayor estabilidad en sus relaciones de pareja.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadísticas: Encuesta de fecundidad 1999.
2. Boxó JR, Madueño R, Vázquez A, García MI, Aparicio M, Jurado MJ. Conducta sexual y contracepción en adolescentes escolarizados de la Zona Básica de Salud de Álora. Medifam 1995; 2: 75-79.
3. Madoz V, Ripio J, Celaya MT. Comportamiento sexual en los jóvenes de Navarra. Pamplona. Fundación Bartolomé de Carranza, 1987.
4. Fernández-Martínez C, Burgos Larumbe A, Sánchez Cantalejo E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Aten Primaria 1992; 2: 90-8.
5. Oliva A, Serra L, Vallejo R. Sexualidad y contracepción en la adolescencia. Un estudio cuantitativo. Sevilla. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud, 1993.
6. Díez E, Juárez O, Varonil J, Villamarin F, Nebot M, Villalbi JR. Preventive behaviors for the sexual transmission of AIDS, other infections, and pregnancy in high-school students. Aten Primaria 1999; 24: 194-202.
7. Parera N, Surís JC. Sexualidad y contracepción en adolescentes de Barcelona, España J Pediatr Adolesc Gynecol, 1997; 10: 153-7.
8. Cano C. Juventud, sexualidad y contracepción. Madrid: Contraste; 1989.
9. Valverde A, Ramírez R, García León J, Fernández Merino JC, Ruiz Ramos M. Tendencia de fecundidad de las adolescentes andaluzas. Actas I Simposio de Salud Materno-Infantil. Granada, 1990. Escuela Andaluza de Salud Pública, 1990.
10. Reycroft D. La adolescente embarazada: problema sociológico con consecuencias médicas. En: Burrow GN, Ferris TF, ed Complicaciones médicas durante el embarazo. Buenos Aires: Panamericana; 1989. p. 591-610.
11. McAnarney ER, Hende WR. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989; 262: 74-7.
12. Dexeus S, Forrol E, Tolosa AH. Anticoncepción en edades y circunstancias especiales. En: Dexeus S, Forrol E, Barri PN, Buxaderas R, Tur R, ed Anticoncepción, 2.ª ed. Barcelona: Salvat; 1989. p. 161-72.
13. McAnarney ER, Hende WR. The prevention on adolescent pregnancy. JAMA 1989; 262: 78-92.
14. Espinaco Garrido MJ, Ruiz Plaza JM, Roman Oliver J. Sex education. An experience in elementary and middle schools. Rev Enferm 1999; 22: 795-802
15. Siegel DM, Klein DI, Roghmann KJ. Sexual behavior, contraceptive, and risk among college students. J Adolesc Health 1999; 25: 336-43.
16. Burack R. Teenage sexual behaviour: attitudes towards and declared sexual activity. Br J Fam Plann 1999; 24(4): 145-8.
17. Schor N, Ferreira AF, Machado VL, Franca AP, Pirota KC, Alvaranga AT et al. Women and contraceptive: knowledge and use of contraceptive methods. Cad Saude Publica 2000; 16: 377-84.
18. Romero de Castilla Gil RJ, Lora Cerezo MN, Canete Estrada R. Adolescents and sources of sex information: preferences and perceived usefulness. Aten Primaria 2001; 27: 12-7.

GRÁFICO 1: CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN GENITAL



Adecuación de las respuestas verdadero / falso según sexo:

- 9.a. Seguridad marcha atrás
- 9.b. Varios usos del preservativo
- 9.c. Revisión médica en la utilización anticonceptivos hormonales orales
- 9.d. Seguridad del coito en la regla
- 9.e. Eficacia de la toma de anticonceptivos hormonales orales antes de cada relación
- 9.f. Protección de enfermedades transmisión genital con los anticonceptivos hormonales orales
- 9.g. Protección de enfermedades transmisión genital con el preservativo

GRÁFICO 2: USO ANTICONCEPTIVOS

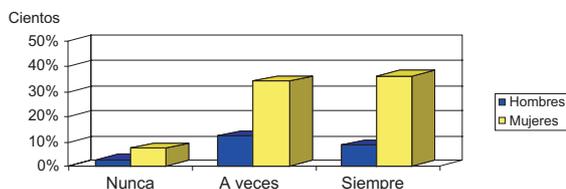


GRÁFICO 3: TIPO ANTICONCEPTIVOS

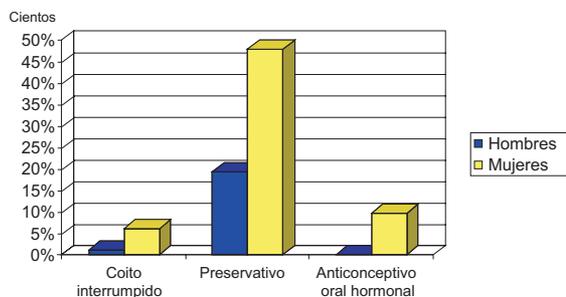


TABLA 1

CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD JUVENIL

Este cuestionario que os presentamos es anónimo, nadie puede saber quién es la persona que lo rellena de modo que la confidencialidad está garantizada.

Solamente tenéis que contestar poniendo una (X) en la contestación que más se aproxime a vuestra experiencia personal.

1. ¿Cuál es tu sexo? Hombre Mujer

2. ¿Qué edad tienes?
 13 - 14 años 15 - 16 años 17 - 18 años 19 - 20 años Más de 20 años

3. En tus relaciones con personas del otro sexo, ¿a qué grado de intimidad sexual habéis llegado como máximo?
 - No he tenido ningún tipo de contacto
 - Caricias íntimas sin llegar a la penetración
 - He hecho manitas, algún beso sin llegar a más
 - He llegado al coito completo

4. Si has llegado al coito completo, ¿Con qué frecuencia lo has practicado?
 - No he llegado al coito completo
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces en semana
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces al año
 - Lo he hecho más de 2 veces en semana
 - Lo he hecho 1 ó 2 veces al mes

5. Si has llegado al coito completo, ¿Ha existido estabilidad con tu pareja?
 - No he llegado al coito completo
 - He cambiado alguna vez de pareja
 - Lo he realizado siempre con la misma pareja
 - He cambiado más de una vez de pareja

6. Si has llegado al coito completo, ¿A qué edad tuviste tu primera experiencia?
 - No he llegado al coito completo
 - A los 15 - 16 años
 - Antes de los 13 años
 - A los 17 - 18 años
 - A los 13 - 14 años
 - Después de los 18 años

7. Si has llegado al coito completo, ¿Habéis utilizado algún método anticonceptivo?
 - No he llegado al coito completo
 - He utilizado métodos anticonceptivos alguna vez
 - Nunca he utilizado métodos anticonceptivos
 - He utilizado métodos anticonceptivos siempre

8. En caso de que hayáis utilizado métodos anticonceptivos, indica cuál es el que generalmente utilizas:
 - No los he utilizado nunca
 - Preservativo
 - Marcha atrás
 - Pastillas anticonceptivas
 - Método Ogino
 - DIU o espiral

9. Respecto de los métodos anticonceptivos, contesta lo que consideres verdadero o falso:
 - a) La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro
 - verdadero
 - falso
 - b) Si se lava con cuidado, podemos utilizar el preservativo varias veces
 - verdadero
 - falso
 - c) Para utilizar pastillas anticonceptivas, es conveniente ser revisada por el médico
 - verdadero
 - falso
 - d) Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo
 - verdadero
 - falso
 - e) Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación
 - verdadero
 - falso
 - f) Tomar pastillas anticonceptivas protege de coger enfermedades de transmisión sexual (SIDA, hepatitis B, gonorrea, etc...)
 - verdadero
 - falso
 - g) El preservativo protege de las enfermedades de transmisión sexual
 - verdadero
 - falso

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

	n	%
Edad		
15-16 años	93	43'7
17-18 años	86	40'4
19-20 años	23	10'8
> 20 años	11	5'2
Sexo		
Varones	76	35'7
Mujeres	137	64'3
Procedencia		
Institutos	157	73'7
Escuela-Taller	56	26'3

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES QUE HAN REALIZADO COITO COMPLETO

	Hombres	Mujeres
TOTAL 38'5%	22.9% del total de hombres.	46.7% del total de mujeres.
EDAD		
15 - 16 Años	6 (31'6%)	11 (17'2%)
17 - 18 Años	10 (52'6%)	30 (46'9%)
19 - 20 Años	2 (10'5%)	17 (26'6%)
> 20 Años	1 (5'3%)	6 (9'4%)
EDAD INICIO DE LAS RELACIONES		
< 13 Años	1 (1'2%)	4 (4'9%)
13 - 14 Años	8 (8'5%)	5 (6'1%)
15 - 16 Años	6 (7'3%)	36 (42'7%)
17 - 18 Años	5 (6'1%)	15 (18'3%)
> 18 Años	0 (0%)	4 (4'9%)
FRECUENCIA COITO		
1 - 2 Veces / año	6 (7'2%)	3 (3'6%)
1 - 2 Veces / mes	5 (6%)	8 (9'6%)
1-2 Veces / semana	2 (2'4%)	33 (39'8%)
> 2 Veces / semana	6 (7'2%)	20 (24'1%)
ESTABILIDAD		
Sin cambios	6 (7'4%)	47 (58%)
Cambio pareja 1 vez	4 (4'9%)	12 (14'8%)
Cambio pareja + de 1 vez	8 (9'9%)	4 (4'9%)
USO ANTICONCEPTIVOS		
Nunca	2 (2'4%)	6 (7'2%)
A veces	10 (12%)	29 (33'7%)
Siempre	8 (8'4%)	30 (36'1%)
TIPO ANTICONCEPTIVO		
Coito interruptus	2 (1'2%)	5 (6%)
Preservativo	18 (19'3%)	44 (48%)
Acho	0 (0%)	8 (9'6%)

Acho: anticoncepción hormonal.

TABLA 4. UTILIZACIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO CON COITO COMPLETO

	N	%
Nunca	8	9'6
Alguna vez	38	45'8
Siempre	37	44'6

TABLA 5. PORCENTAJE DE RESPUESTAS VERDADERO / FALSO SEGÚN SEXO A LA PREGUNTA 9 DEL CUESTIONARIO REFERENTE A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	Hombres		Mujeres	
	Verdadero	Falso	Verdadero	Falso
9.a) La marcha atrás es método anticonceptivo bastante seguro	14'5%	85'5%	3%	97%
9.b) Si se lava, podemos utilizar preservativo varias veces	1'3%	98'7%	0'7%	99'3%
9.c) Para utilizar pastillas anticonceptivas es conveniente revisión médica	90'7%	9'3%	97'7%	2'2%
9.d) Tener relaciones sexuales durante regla es un método seguro para evitar embarazos	16%	84%	11'9%	88'1%
9.e) Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación	40'5%	59'5%	25'8%	74'2%
9.f) Tomar pastillas anticonceptivas protege de enfermedades de transmisión sexual (Sida, hepatitis...)	17'1%	82'9%	5'9%	94'1%
9.g) El preservativo protege de las enfermedades de transmisión sexual	95'9%	4'1%	96'3%	3'7%

ORIGINAL

Respuestas fisiológicas ante diferentes estilos musicales

Taube G¹, Gavazzi ER², Lázaro MA³, Ravello JR⁴, Spléndido MB⁴.

¹ Director, ² Co-director, ³ Asesor científico, ⁴ Colaboradores

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS ANTE DIFERENTES ESTILOS MUSICALES

Objetivo: El presente trabajo intenta demostrar si la audición de diferentes estilos musicales provoca cambios fisiológicos en el ser humano.

Diseño: En esta etapa se realizó la medición de los signos fisiológicos: tensión arterial, temperatura axilar, frecuencia respiratoria, la toma de pulso radial y transpiración en manos.

Emplazamiento: Partido de La Plata, República Argentina.

Población y muestra: La elección del diseño de muestreo se realizó dividiendo a la población en dos grupos constituidos según sexo, entre 13 y 65 años de edad.

Intervenciones: Los sujetos fueron evaluados en forma individual siendo controlados durante la audición de cada estilo musical. La evaluación presentó un tiempo de duración de 70 (setenta) minutos, realizándose las mediciones al inicio de la prueba, a los 4 (cuatro) minutos de audición de cada estilo y a los 4 (cuatro) minutos de terminada la misma.

Resultados: El pulso fue el parámetro donde se observó la mayor variación, 57,5% del total de los sujetos presentó cambios en aumento o disminución de la frecuencia. Con respecto a la Tensión Arterial, el mayor porcentaje de sujetos, presentó cambios con el estilo Canto Gregoriano, tanto en la Tensión Arterial Máxima (TAMx) como en la Tensión Arterial Mínima (TAMn) (47,5% y 45% respectivamente).

Conclusiones: De los estilos analizados en la primer etapa, el Canto Gregoriano presentó mayor variabilidad en los sujetos, sobre todo provocando disminución en la Frecuencia Respiratoria, Pulso y Tensión Arterial.

Palabras Clave: tensión arterial, frecuencia cardiaca, respuesta fisiológica.

PHYSIOLOGICAL RESPONSES TO DIFFERENT MUSICAL STYLES

Goal: To demonstrate whether listening to different musical styles causes physiological changes in the human being.

Design: In this stage, the following physiological signs were measured: blood pressure, axillary temperature, respiratory rate, wrist pulse, and hand transpiration.

Setting: La Plata (Argentina).

Population and sample: The study was designed by dividing the population, according to sex, into two groups between the ages of 13 and 65.

Interventions: The subjects were individually evaluated and controlled as they listened to each musical style. The evaluation lasted 70 minutes, and measurements were taken at the beginning of the test, four minutes into the listening of each musical style, and four minutes after each listening.

Results: Pulse rates were the parameter that showed the largest variation, with 57.5% of all subjects showing signs increased or decreased pulse rates. With regard to blood pressure, the largest percentage of subjects showed signs of change when listening to Gregorian chants, both in maximum blood pressure and minimum blood pressure (47.5% and 45%, respectively).

Conclusions: Of the musical styles analyzed in this first stage, Gregorian chants produced the greatest variability among the subjects, showing a decrease above all in respiratory rates, pulse and blood pressure.

Key Words: Blood pressure. Heart rate. Physiological response.

Correspondencia: Gerardo Taube. Plaza Belgrano, n.º 13, «León Blanco» C. P. 1896 City Bell (Buenos Aires, República Argentina).
E-mail: gerardotaube@sinectis.com.ar

Recibido el 24-05-02; aceptado para publicación el 24-07-2002.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 27-30

Introducción

Como antecedentes sobre efectos producidos por los sonidos en el ser humano encontramos entre otros, los siguientes trabajos:

En 1972 el Dr. Connel comprobó mediante investigación que sonidos de baja frecuencia, que pasan fácilmente a través de un muro de 2,5 m. de espesor, afectan directamente al cerebro produciendo dolores de cabeza, pérdida del equilibrio, náuseas y eventualmente lesiones en el oído medio.

En 1974 el Dr. Lester Sontag en el Instituto Fels de Investigaciones de Ohio expuso a sonidos intensos y desagradables a fetos y observó que cuando estos niños llegaron a la edad escolar presentaron inhibición en el trato social.

En 1974 Profesor Muroca de la Universidad de Medicina de Tokio, Japón, demostró en 1000 niños entre una y dos semanas de vida, que el llanto de los mismos cesó casi en un 100% entre 3 y 4 segundos antes de comer ante la audición de un disco de larga duración con sonidos intrauterinos de una madre, este experimento que se conoció con el nombre de «Canción de cuna de mamá» concluyó que los sonidos intrauterinos de la madre provocan una sedación natural en los niños.

En 1979 el Dr. Groenewold en Estados Unidos utilizando electrocardiografía y electroencefalografía demostró que los sonidos quedan registrados en el cerebro cuando la persona duerme y que el sistema nervioso autónomo responde exactamente igual que en las horas de vigilia.

En la década de los 80 en Estados Unidos, se comprobó que un grupo de personas expuestas a obras musicales (lento, adagio o largo) pertenecientes al período Barroco, a una velocidad de figura musical negra igual a 60 o inferior, provocó la disminución de las pulsaciones de los sujetos sometidos a dicha experiencia.

En 1980 el Dr. Jorge Mejía, Jefe de la División de Estudios Ambientales del Ministerio del Ambiente de Venezuela, estudió efectos del sonido sobre los enfermos. Para tal fin, a enfermos del corazón los sometió a audición de música a volumen elevado, comprobando un aumento entre el 20% y el 25% del consumo de oxígeno por el corazón de dichos sujetos, incrementándose la tensión cardíaca de éstos.

Esta investigación parte de la **hipótesis** de que la audición de diferentes estilos musicales provoca cambios fisiológicos en el ser humano.

Entiéndase por **fisiología humana** los procesos y funciones del organismo, es decir todas las acciones que realizan los sistemas corporales para mantener su equilibrio y adaptación.

Se define al **Estilo musical** como un conjunto de signos, técnicas y convenciones por el cual un grupo de personas se manifiesta y se relaciona. A lo largo de la historia del hombre estas manifestaciones fueron adquiriendo características de mayor complejidad. Seleccionamos al azar los siguientes estilos musicales: Canto Gregoriano, Barroco, Atonal, Electroacústico y Rock and Roll. Los mismos presentan diferencias en su estructura armónica, material sonoro, instrumentación y orquestación.

Sujetos y métodos

Para realizar el presente estudio se evaluaron 40 individuos elegidos al azar pertenecientes a la zona de La Plata y Gran La Plata, agrupados de acuerdo a sexo, con una edad cronológica comprendida entre 13 y 65 años.

En primer lugar los sujetos completaban una planilla con sus datos personales.

Una vez completada la primer planilla, el individuo era trasladado a una sala aislada acústicamente a temperatura agradable, donde tomaba asiento y se le comunicaba la descripción de los pasos que contenía la experiencia: Toma inicial, toma a los 4' de la audición de cada estilo, toma a los 5' de Silencio entre cada estilo y Toma final (después de los 5' del último). A fin de que no medien estímulos sonoros distractores las mediciones se realizaban en silencio.

Para evitar que las imágenes visuales interfiriesen con la evaluación, se ocluía la visión de los sujetos utilizando un antifaz similar a los utilizados en los viajes aéreos.

los valores de los distintos parámetros se volcaban en la planilla de Evaluación Fisiológica.

El control de los parámetros se llevó a cabo mediante:

Temperatura: Termómetro de mercurio marca Franklin.

Tensión Arterial: Esfingomanómetro de tipo anaeroide.

Pulso: método de percepción digital y cronómetro.

Frecuencia Respiratoria: método de observación de movimiento torácico y cronómetro.

Transpiración: método control sudoración de manos.

Las obras musicales pertenecientes a cada estilo musical fueron escogidas al azar, sobre un total de 100 obras disponibles (veinte por estilo musical).

La audición constaba de los siguiente ejemplos musicales:

- **Canto Gregoriano:** «Veni Sancte Spíritus» (Anónimo).

- «Veni Creator Spíritus» (Anónimo).

Interpretado por The Benedictine Monks of Santo Domingo de Silos

- • **Estilo Barroco:** «Canon and Gigue in D major for 3 Violins and Basso Continuo» (Johann Pachelbel).

Interpretado por Frank Maus, Harpsichord.

- • **Estilo Atonal:** Aproximadamente 5' 30" de «Corale» (Luciano Berio)

Interpretado por C. Chiarappa, A. Bennici, L. Sinfonietta y L. Berio).

- • **Estilo Electroacústico:** Aproximadamente 5' 30" de «El Cántico de los Adolescentes en la Hoguera» (Karlheinz Stockhausen)

- • **Estilo Rock and Roll:** «La Ley del plomo» (Brujería).
«Burner» (Motorhead).

Para la reproducción de los cinco Estilos se utilizó un equipo de audio amplificado por 4 parlantes a un volumen de sonido idéntico para cada uno de ellos.

Resultados de la primera etapa

Temperatura

Como resultado del trabajo realizado se observa que de los 5 (cinco) parámetros estudiados como posibles exponentes de cambios fisiológicos, la temperatura no presentó variaciones considerables. Por lo tanto, este parámetro será objeto de un estudio posterior para confirmar, o no, los resultados obtenidos en esta primera etapa.

Transpiración

Con respecto a la sudoración, sobre 40 individuos el 25% presentó algún cambio. De este porcentaje, el 70% son de personas de sexo femenino y 30% masculino. Además el estilo que provocó mayor cantidad de variaciones fue el Barroco (15%), produciendo en su mayoría disminución en la humedad de las manos.

El estilo Electroacústico presentó el mayor porcentaje de cambios en el aumento de la transpiración.

El estilo Rock and Roll sólo marcó un 2,5% de cambios en la población total.

Pulso

El pulso fue el parámetro donde se observó la mayor variación, 57,5% del total de los sujetos presentó cambios en aumento o disminución de la frecuencia.

El estilo que mayor incidencia de variabilidad presentó fue el Canto Gregoriano. En éste la variación más destacada fue la disminución en la frecuencia (50% de mujeres y 35% de hombres). Dentro de los sujetos masculinos la mayor variación fue entre los 10 (diez) y los 18 (dieciocho) años (80%).

El resto de los estilos presentaron modificaciones aproximadamente en el 40% de los sujetos estudiados. El estilo Atonal produjo elevación de la frecuencia de pulso en el 30% de los hombres, perteneciendo al grupo entre 10 y 18 años el mayor porcentaje.

En las mujeres los estilos Electroacústico y Rock and Roll produjeron elevación pulsátil en un 35% en ambos casos.

Frecuencia Respiratoria

En referencia a la Respiración, los cambios fueron en menor porcentaje, hallándose un máximo del 20% en el estilo Barroco y Rock and Roll, en relación a la totalidad de los sujetos.

Discriminados en varones y mujeres, el 35% de los primeros presentó variación en el estilo Canto Gregoriano,

reduciendo la mayoría de ellos (75%) el número de movimientos ventilatorios; sufriendo los otros estilos cambios entre el 10% y 25%.

En relación a las mujeres, el 20% de las estudiadas presentó variabilidad en los estilos Barroco y Rock and Roll, observándose en éstos aumento de la frecuencia ventilatoria en casi la totalidad de las participantes.

En referencia a grupos por edades, un 60% de los varones comprendidos en el grupo de personas de más de 60 años, varió la frecuencia ventilatoria con el estilo Canto Gregoriano. 40% de los sujetos comprendidos entre 10 y 18 años lo hicieron con el estilo Atonal y un 40% de individuos entre 10 y 18 años y entre 19 y 35 con el estilo Electroacústico.

Tensión Arterial

Con respecto a la Tensión Arterial, el mayor porcentaje de sujetos de la población total examinada, presentó cambios con el estilo Canto Gregoriano, tanto en la Tensión Arterial Máxima (TAMx) como en la Tensión Arterial Mínima (TAMn) (47,5% y 45% respectivamente). También se observó preponderancia de las variaciones en este estilo tanto en hombres como en mujeres, poniéndose de manifiesto que el 60% de los hombres varió la TAMx (35% disminuyó la TAMx y 25% la elevó) y un 40% la TAMn (30% en descenso y 10 en ascenso). El 100% de los hombres mayores de 60 años presentaron cambios en la TA en este estilo. Mientras que un 35% de las mujeres variaron la TAMx (30% disminuyó y 5% elevó) y un 50% la TAMn (35% disminuyó y un 15% elevó).

El porcentaje mayor de hombres y mujeres, presentaron descenso de ambas tensiones (estilo Canto Gregoriano).

En un 50% de los hombres se mostró variación de la TAMx en el estilo Rock and Roll (25% elevó y 25% descendió). El 80% de los hombres entre 19 y 35 años son los que presentaron los mayores cambios.

Un 40% de los hombres varió la TAMn en el estilo Electroacústico (25% elevó y un 15% disminuyó).

En las mujeres un 40% presentó alternancia en la TAMx en el estilo Rock and Roll (20% elevó y un 20% disminuyó).

Entre un 25% y 40% demostró variabilidades en la TAMn de los estilos Barroco, Atonal, Electroacústico y Rock and Roll, destacándose un mayor porcentaje de elevación tensional mínima en el estilo Atonal (30% de las mujeres).

Conclusiones

A través de lo experimentado en la primer etapa del presente trabajo de investigación, podemos observar que

diferentes estilos musicales provocan diversos cambios a nivel fisiológico.

De los estilos analizados en la primer etapa, el Canto Gregoriano presentó mayor variabilidad en los sujetos, sobre todo provocando disminución en la Frecuencia Respiratoria, Pulso y Tensión Arterial.

Con referencia a los otros estilos, Barroco, **Atonal** y **Electroacústico** y **Rock and Roll**, se observaron cambios fisiológicos de menor intensidad.

Se adjunta a continuación, el siguiente cuadro con el gráfico correspondiente

Agradecimientos

Sr. Director del Conservatorio de Música Provincial Gilardo Gilardi, Prof José María Soto Reynoso
 Sr. Vicedirector del Conservatorio de Música Provincial Gilardo Gilardi, Prof Alejo Marrone

Sra. Regente del Conservatorio de Música Provincial Gilardo Gilardi, Prof Diana Digiácomo
 Sr. Jefe de Área del Conservatorio de Música Provincial Gilardo Gilardi, Prof. Raúl Zerbino.

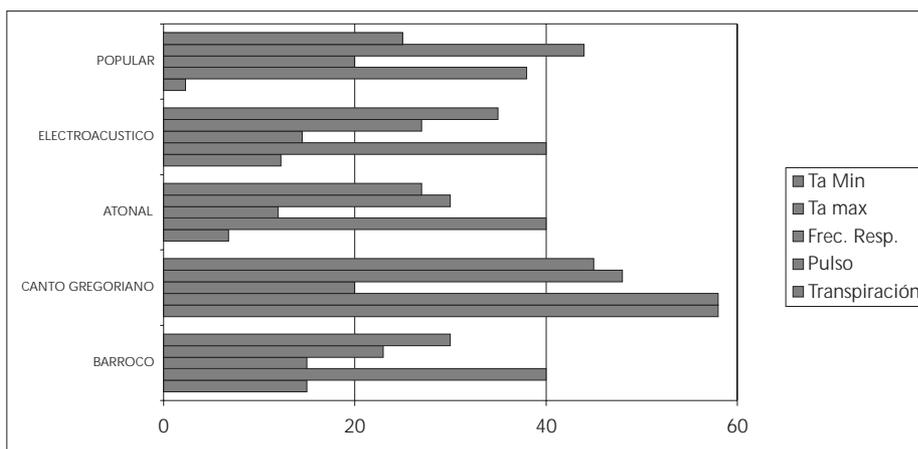
A todas las personas que se prestaron para la realización de la presente investigación.

Bibliografía

Curtis H, Barnes NS. Biología. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana S. A.; 1993.
 Guyton J. Tratado de Fisiología Humana. Buenos Aires: Ed Interamericana; 1997.
 Gannon W. Manual de Fisiología Médica. México DF: Ed Manual Moderno; 1990.
 Castro R. Actualizaciones en Biología. Buenos Aires: Ed Eudeba; 1981.
 Houssay A. Fisiología Humana. Buenos Aires: Ed El Ateneo; 1989.
 Rhoades – Tañer. Fisiología Médica. Barcelona: Ed Masson-Little, Brown S.A.; 1997.
 Pahlen K. Diccionario Universal de la Música. Buenos Aires: Ed El Ateneo; 1959.
 Mosby. Diccionario de Medicina Mosby. Barcelona: Ed Océano; 1995.

Porcentaje de población que modificó sus parámetros fisiológicos

MANIFESTACIÓN CORPORAL	ESTILO MUSICAL				
	Popular	Electroacústico	Atonal	Canto Gregoriano	Barroco
Temperatura	0	0	0	0	0
Transpiración	2.3	12.3	6.8	58	15
Frecuencia de Pulso	38	40	40	58	40
Frecuencia Respiratoria	20	14.5	12	20	15
Tensión arterial máxima	44	27	30	48	23
Tensión arterial mínima	25	35	27	45	30



Ta Min – Tensión arterial mínima
 Ta Max – Tensión arterial máxima
 Frec. Resp – Frecuencia respiratoria

ORIGINAL

Grado de utilización de pruebas radiológicas en consultas urgentes por lumbalgia aguda y actitudes y opiniones de los médicos de urgencia hacia su solicitud

Zerolo Andrey FJ¹, Vega Jimena V¹, Galván Parra I¹, Torío Durántez J².

¹ Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Jaén; ² Coordinador Unidad Docente de MF y C de Jaén.

GRADO DE UTILIZACIÓN DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN CONSULTAS URGENTES POR LUMBALGIA AGUDA Y ACTITUDES Y OPINIONES DE LOS MÉDICOS DE URGENCIA HACIA SU SOLICITUD

Objetivos: Conocer las actitudes y opiniones de los profesionales hacia la solicitud de radiología y analizar la utilización de pruebas radiológicas y sus hallazgos, en consultas urgentes por lumbalgia aguda.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Servicio Urgencias Hospital Princesa de España (Jaén).

Población y muestra: Todos los pacientes con lumbalgia aguda atendidos en el Servicio de Urgencias, desde diciembre del 2000 a marzo del 2001. Todos los facultativos (adjuntos y residentes de medicina familiar) del área de Urgencias.

Intervenciones: Variables: pacientes (edad, sexo, anamnesis, si hubo petición radiológica, hallazgos radiológicos, tratamiento recibido, derivación especialista, atendido por adjunto o residente.) Profesionales (cuestionario validado de 20 preguntas sobre actitudes y opiniones hacia la solicitud de radiología.)

Resultados: *Pacientes:* edad media 44'4 años, 52'4% varones. En un 80'2% se solicitó radiografía de columna lumbar, no hallándose alteraciones en 62%. No encontramos asociación, entre tipo de tratamiento utilizado y la presencia o no de hallazgos radiológicos. *Profesionales:* 28% adjuntos y 72% residentes, edad media 32 años. 88% considera elevado número de peticiones. 80% está de acuerdo en que una adecuada anamnesis y exploración llevan al diagnóstico. 64% piensa que la radiografía no modifica el tratamiento y el 65% que los hallazgos radiográficos son infrecuentes.

Conclusiones: La frecuencia de solicitudes de radiografía de columna lumbar en lumbalgia aguda es elevada, y poco relevante en cuantos hallazgos radiológicos, hallazgos que no fueron determinantes para el tratamiento o derivación. La mayoría de los facultativos considera la radiografía poco útil en la atención a la lumbalgia aguda, no obstante, reconoce solicitar habitualmente dicha prueba.

Palabras clave: lumbalgia aguda, radiografía, métodos diagnósticos, urgencias.

THE USE OF RADIOGRAPHIC TESTS IN EMERGENCY ROOM VISITS FOR ACUTE LUMBAGO AND THE ATTITUDES AND OPINIONS OF EMERGENCY ROOM DOCTORS WHO REQUEST THEM.

Goals: To learn about professionals' attitudes and opinions regarding X-ray requests and to analyze the use of radiographic tests and their findings in emergency room visits due to acute lumbago

Design: Descriptive cross-sectional.

Setting: Emergency Room Services, "Princess of Spain" Hospital (Jaen).

Population and Sample: All patients with acute lumbago treated in the hospital's Emergency Room between December 2000 and March 2001. All ER medical staff (full-time and resident doctors).

Interventions: Variables: patients (age, gender, case history, treatment received, referral to specialist, attended by full-time staff doctor or medical resident). Professionals (validated questionnaire consisting of 20 questions on attitudes and opinions regarding X-ray requests).

Results: *Patients:* average age 44.4 years, 52.4% male. An X-ray of the lumbar spine was requested in 80.2% of the cases, and in 62% of the cases no abnormalities were found. We found no association between the type of treatment used and the existence or non-existence of radiographic findings. *Professionals:* 28% full-time staff and 72% resident doctors; average age: 32 years. 88% felt the number of requests for an X-ray was elevated. 80% felt that a good case history and exploration would lead to diagnosis. 64% believe that an X-ray does not change the treatment and 65% that radiographic findings are infrequent.

Conclusions: The frequency of requests for X-rays of the lumbar spine in acute lumbago is elevated and not very relevant with regard to radiographic findings, findings that were not decisive either for treating the condition or making a referral. The majority of staff members considered radiographic tests to be of little utility in attending to patients with acute lumbago, however, they admitted to frequently requesting such tests.

Key words: acute lumbago, X-rays, radiographic testing, diagnostic methods, emergencies.

Correspondencia: Francisco J Zerolo Andrey. C/ Fuente de la Zarza 3, 5.º G1. 23006-Jaén. E-mail: mlmoralesb@terra.es

Recibido el 29-07-2002; aceptado para publicación el 15-10-2002.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 31-35

Introducción

El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más habituales para médicos de atención primaria. Su coste socioeconómico es alto, apareciendo como primer motivo responsable de la Incapacidad Laboral Transitoria. De igual modo podemos asegurar que el 70%-80% de la población mundial experimentará al menos un episodio de dolor lumbar significativo en su vida¹. Las edades en que su frecuencia es mayor, es de 40-50 años², siendo predominante la demanda por parte del sexo femenino³. La profesión y los hábitos de vida pueden ser causa de lumbalgia, como la sobrecarga muscular en cierto tipo de trabajo físico duros o la posturas mantenidas en posiciones sedentarias⁴.

En consulta de urgencias en la mayoría de los estudios la radiografía A-P, lateral y oblicua en la columna lumbar es poco demostrativa y el diagnóstico de lumbalgia puede ser establecida de forma muy adecuada en un alto porcentaje de pacientes con una adecuada anamnesis y examen físico, sin embargo otras publicaciones han valorado diferencias existentes entre la exploración física y radiológica de columna (la exploración física muestra alteraciones en un 38'4%, mientras que el estudio radiológico en un 74'7%)^{5, 6, 7}. Algunos autores defienden que en caso de dolor lumbar agudo (menos de dos semanas de duración) no debe realizarse una radiografía, salvo si existe algún factor que predispone de base o situación de riesgo que nos haga pensar en una patología infecciosa, inflamatoria neoplásica, o si se trata de un lumbago persistente o recidivante⁸.

Algunas encuestas revelan que existe cierta confusión entre los médicos, lo cual ha alertado a las autoridades sanitarias sobre la necesidad de llegar a un consenso clínico entre los profesionales para el abordaje de la patología osteoarticular^{9, 10, 11}.

Precisamente, los objetivos de nuestro estudio han sido analizar la utilización de pruebas radiológicas y sus hallazgos, en consultas urgentes por lumbalgia aguda, así como conocer las actitudes y opiniones de los profesionales hacia la solicitud de radiología en consultas urgentes por lumbalgia aguda.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, que por razones organizativas comprendió, entre el 1 de Diciembre del 2000 al 31 de Marzo del 2001 con todos los pacientes atendidos con lumbalgia aguda (n = 273) en el Servicio de Urgencias del hospital Princesa de España de Jaén. Los profesionales encuestados fueron todos los facultativos (n = 25) adjuntos y residentes de medicina familiar del área de Urgencias.

Un investigador, se encargó de revisar, todos los informes de urgencias de la fecha indicada y las variables estudiadas en relación con los pacientes fueron: edad, sexo, traumatismo previo, esfuerzo previo, lumbalgias

anteriores, petición radiológica, hallazgos radiológicos, tratamiento prescrito, derivación a especialista, atendido por residente o por adjunto.

A cada uno de los 25 médicos que participaron en el estudio se les proporcionó un cuestionario con 20 preguntas sobre las actitudes y opiniones hacia la solicitud de radiología en consultas urgentes por lumbalgia aguda. Las variables estudiadas en relación con los profesionales fueron: sexo, edad, adjunto, residente, años trabajados, porcentaje de solicitud radiológica, motivaciones del facultativo en la solicitud de la radiografía, hallazgos radiológicos, anamnesis realizada, tratamiento prescrito. Para la elaboración del cuestionario, tras una búsqueda bibliográfica, se elaboró un borrador que se utilizó de pilotaje con 5 profesionales médicos con similares características a la población de estudio. Con el análisis de los datos y los comentarios de los profesionales, se realizó la validación de contenido, en su aspecto de comprensión de las preguntas, y la redacción del cuestionario definitivo.

En el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS 8.0.; en el estudio descriptivo se utilizaron las medidas de resumen de la información adecuadas (medias y sus errores estándar en las variables cuantitativas y frecuencias relativas y porcentajes en las cualitativas). En el análisis bivariado se utilizó la t de Student en las variables cuantitativas y la χ^2 cuadrado (con corrección por continuidad si procedía) en las cualitativas.

Resultados

Como vemos en la Tabla 1, la edad media de los pacientes fue 44'4 años (EE:1'1), siendo un 52'4% varones. El 52'4% de los pacientes fue atendido por un adjunto y el 47'6% por un residente. En un 80'2% de los casos se solicitó radiografía de columna lumbar, no hallándose alteraciones radiológicas en el 62%.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA EN CONSULTAS DE URGENCIA

EDAD	44'4 (EE:1'1)
SEXO	
– Varones	52'4%
– Mujeres	47'6%
MÉDICO QUE ATENDIO	
– Adjunto	52'4%
– Residente	47'6%
SOLICITUD RADIOLOGÍA	
– Si	80'2%
– No	19'8%
ALTERACIONES RADIOLOGICAS	
– Si	38%
– No	62%

Los adjuntos solicitaron radiografías en un 74% de las lumbalgias mientras que los residentes lo hicieron en un 87% (diferencias estadísticamente significativa p = 0'001); en cambio, no difería significativamente, el porcentaje de

hallazgos radiológicos en las radiografías solicitadas por residentes y adjuntos (21% y 25% respectivamente).

Un 9'5% de los pacientes referían traumatismo previo, un 42'9% haber realizado algún esfuerzo y el 24'9% algún episodio de lumbalgia anterior.

En un 92% de los casos no se derivó a especialista. Un 43% de los derivados presentaban alteraciones en las radiografías, un 43% no las presentaban y a un 13% no se le solicitó radiografía.

En cuanto al tratamiento, se le pautó AINES al 71'4% de los pacientes, analgésicos al 72'2%, relajantes musculares al 54'2% y calor local al 38'5%.

Con respecto a los facultativos encuestados, un 28% son adjuntos y un 72% residentes; la edad media fue de 32 años (EE:1'3), siendo un 60% mujeres.

El 88% de los encuestados considera elevado el número de peticiones radiológicas por lumbalgia aguda, igualmente, un 80% está de acuerdo en que una adecuada anamnesis y exploración llevan al diagnóstico.

El 64% de los facultativos piensa que la radiografía en la lumbalgia aguda no complicada, no modifica el tratamiento y el 65% opina que los hallazgos radiográficos son infrecuentes. El 90% de los encuestados reconoce solicitar radiografías (Tabla 2).

Al valorar las motivaciones del facultativo en la solicitud de la radiografía, un 84% reconoce que en muchas ocasiones influye la insistencia del paciente, un 72% justifica muchas de las radiografías por realizar una medicina defensiva, un 68% muchas veces la solicitan por calmar la ansiedad del paciente y un 72% la mayoría de las radiografías las solicitan por costumbre (Tabla 3).

TABLA 2. OPINIONES DE LOS MÉDICOS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA NO COMPLICADA

	<i>De acuerdo</i>	<i>No estoy seguro</i>	<i>En desacuerdo</i>
Siempre solicito radiografía en lumbalgia aguda	90%	1%	9%
El número de peticiones radiológicas que se realizan en urgencias en lumbalgias agudas es elevado	88%	4%	8%
Los resultados radiológicos modifican el tratamiento	24%	12%	64%
Es infrecuente encontrar alteraciones en la radiografía	65%	8%	27%
Una adecuada anamnesis y exploración física son suficientes para llegar al diagnóstico	80%	8%	12%

TABLA 3. ACTITUDES DE LOS MÉDICOS EN RELACIÓN CON LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS EN LAS CONSULTAS URGENTES POR LUMBALGIA AGUDA NO COMPLICADA

	<i>De acuerdo</i>	<i>No estoy seguro</i>	<i>En desacuerdo</i>
La mayoría de las radiografías las solicito por costumbre	72%	3%	25%
Muchas veces en la petición de radiografía ante lumbalgia aguda influye la insistencia del paciente	84%	4%	12%
Muchas veces solicito la radiografía con el fin de disminuir la ansiedad del paciente	68%	4%	28%
Realizar una medicina defensiva justifica muchas de las radiografías solicitadas en urgencias en lumbalgia aguda	72%	16%	12%
Muchas veces una adecuada explicación de la patología lumbar al paciente, reduce las solicitudes de radiografía por parte del médico	56%	24%	20%
Muchas veces una adecuada explicación de la patología lumbar al paciente, reduce las solicitudes de radiografía por parte del paciente	40%	24%	36%

Con respecto a la anamnesis, un 92% de los médicos afirma preguntar por traumatismo previo, un 94% si el paciente ha realizado algún esfuerzo previo y un 76% si hay antecedente de lumbalgia (Tabla 4).

Adjuntos y residentes son casi coincidentes en sus opiniones, excepto en la utilidad para el tratamiento de los hallazgos radiológicos (nula para el 100% de los adjuntos y con utilidad para el 50% de los residentes; p: 0'05).

TABLA 4. CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA QUE DECLARAN LOS MÉDICOS ANTE UNA LUMBALGIA AGUDA NO COMPLICADA

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>A veces</i>
Pregunto sobre traumatismo previo	92%	8%	0%
Pregunto si ha realizado algún esfuerzo	94%	6%	0%
Pregunto si ha tenido episodios previos de lumbalgia	76%	12%	12%
Encuentro alteraciones que justifiquen la lumbalgia	0%	24%	76%
No encuentro alteraciones que justifiquen la lumbalgia	4%	40%	56%
Prescribo AINES	20%	56%	24%
Prescribo analgésicos	64%	28%	8%
Prescribo relajantes musculares	44%	36%	20%
Prescribo calor local	72%	12%	16%

Discusión

Nuestro estudio pretendía conocer el grado de utilización de pruebas radiológicas en consultas urgentes de lumbalgia aguda, obteniendo una elevada frecuencia, poco relevantes en cuantos hallazgos radiológicos; asimismo pretendíamos conocer las actitudes y opiniones de los facultativos de urgencias, en los que encontramos una actitud contradictoria, pues si bien la consideran poco útil, reconocen solicitarla habitualmente.

Antes de comentar estos resultados, analizaremos la validez de nuestro estudio. En cuanto a la validez externa, o capacidad de generalización a otras poblaciones, las características de los profesionales estudiados (mayoritariamente residentes de medicina de familia) y de la población que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Princesa de España (ubicado en Jaén capital, pero con características de Hospital Comarcal, cuya área de influencia engloba una parte de la ciudad y de los pueblos circundantes) nos hacen pensar que los resultados obtenidos no diferirán de forma importante de otros hospitales con características similares.

En cuanto a la validez interna, para evitar el sesgo de información se diseñó el cuestionario siguiendo las reglas de Booley para la redacción de las distintas preguntas; al pilotarse se comprobó la perfecta comprensión de los profesionales a los que iba dirigido. Asimismo, para la reco-

gida de los datos se diseñó un estadillo que aseguraba la homogeneidad en la recogida de esta información. No obstante, al utilizar como fuente de datos el informe de urgencias algunas de las actuaciones o resultados pudieron no estar incluidas en todos ellos.

En cuanto a los sesgos de selección, no se han producido pérdidas entre los encuestados, o entre los pacientes. Podría suponer un sesgo el empleo de Residentes, como profesionales encuestados, ya que aunque todos son médicos, éstos lo son en periodo de formación y están trabajando en unas urgencias hospitalarias, lo que podría condicionar la solicitud de pruebas complementarias. Al recogerse la información durante un trimestre del año, pudiera darse un sesgo en cuanto a la frecuencia de patología al tener ésta un cierto componente estacional, pero pensamos que, en caso de producirse, afectaría poco a nuestros resultados, al no ser el objetivo de nuestro estudio calcular incidencia de enfermedad.

Pasando al análisis de los resultados, coincidimos con otros autores que el grupo de edad de mayor número de casos, es el de 40-50 años^{2, 3, 5, 8, 12}. La distribución por sexo es similar.

Se solicitó radiografía en el 80'2% de los pacientes, no hallándose alteraciones en el 62%, por lo que coincidimos con otros autores en la escasa aportación de los controles radiográficos para el diagnóstico, al mostrar sólo cambios no específicos, que hacen que su papel en el diag-

nóstico de las lumbalgias sea controvertido (1,6,7,8). De hecho, más del 50% de las lumbalgias son autolimitadas, por lo que —salvo si existe algún factor que predispone de base o situación de riesgo que nos haga pensar en una patología infecciosa, inflamatoria o neoplásica, o si se trata de un lumbago persistente o recidivante— habitualmente no se precisa de prueba radiológica^{8, 13}.

Un dato a destacar de nuestro estudio, es que los adjuntos solicitan menos radiografías que los residentes, quizás como consecuencia de su mayor experiencia clínica.

Sólo un 8% de los pacientes atendidos precisó derivación a especialista, no siendo concluyente, en la mayoría de los casos, la radiografía a la hora de la derivación.

No encontramos asociación, estadísticamente significativa o clínicamente relevante entre tipo de tratamiento utilizado y la presencia o no de hallazgos radiológicos.

Según los resultados de nuestro estudio, el 90% de los médicos reconoce solicitar habitualmente radiografías de columna lumbar; lo anterior no es óbice para que una mayoría de los facultativos encuestados considere elevado el número de peticiones radiológicas y esté de acuerdo en que una adecuada anamnesis y exploración llevan al diagnóstico y que los hallazgos radiológicos, además de infrecuentes, no suelen modificar el tratamiento.

Al analizar las motivaciones de los facultativos al solicitar radiografía, se comprueba que ésta en muchas ocasiones no pasa de ser una exploración de mera complacencia y en otras muchas es un intento de simplificar el trabajo y se utiliza como coartada de una mala praxis, forzada habitualmente por condiciones ajenas al propio médico, como la masificación, escasez de tiempo, medicina defensiva y descenso de las ilusiones. Sería interesante, por otra parte, conocer las actitudes y opiniones de los pacientes hacia la petición de radiología y su utilidad, así como sus expectativas y preocupaciones ante su proceso morboso. También se podría realizar un estudio amplio con el que se definan que datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física son orientativos para solicitar una radiografía de columna en la lumbalgia aguda.

Para finalizar, y como conclusiones de nuestro estudio, hemos encontrado que la frecuencia de solicitudes de radiografía de columna lumbar en lumbalgia aguda es elevada, y poco relevante en cuanto a hallazgos radiológicos; igualmente estos hallazgos no fueron determinantes para el tratamiento o derivación. La mayoría de los facultativos considera que la radiografía es poco útil en la atención a la lumbalgia aguda; no obstante, reconoce solicitar habitualmente dicha prueba, ya sea por calmar la ansiedad del paciente, insistencia del mismo o por medicina defensiva.

Bibliografía

1. Roig J, García E, Torres M. Lumbalgia y lumbociática aguda. Su manejo como urgencia en Atención Primaria. *Semergen* 1997; 13: 487-491.
2. Paulino J, Sánchez A. Diagnóstico clínico de las lumbalgias. *Salud Rural* 1992; 7: 11-8.
3. Almenar F, Sánchez P, Romaguera A, González A, Palomar O, Gracia C. Estudio epidemiológico de la lumbalgia en la Comunidad Autónoma Valenciana. *Atención Primaria* 1988; 5: 73-8.
4. Naredo E. Lumbalgia: orientación diagnóstica. *Jano* 1995; 1123: 467-72.
5. Diez J, Garrido P, Anta L, Lafuente P, Irurzun E. Diferencias entre los hallazgos de la exploración clínica y radiológica en la patología de columna. *R.A.E.E. Medicina del trabajo* 1999; 8: 89-93.
6. Reinus W, Strome J, Zwemer F. Use of lumbosacral spine radiographs in a level II emergency department. *Ajr Am J Roentgenol* 1998; 170: 443-7.
7. Patel A, Ogle A. Diagnosis and management of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1779-86.
8. Rosello R, Fábregas M. Lumbalgia y lumbociática agudas. *Medicina Integral* 1996; 28: 233-8.
9. Setoain J, Solá M. Dolor lumbar y gammagrafía ósea. *Medicina Clínica* 1996; 106: 180-1.
10. Cherkin D, Deyo R, Wheeler K, Ciol M. Physician variation in diagnostic testing for low back pain. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 15-22.
11. Fernández J. Las lesiones de espalda en el medio hospitalario. Gasto económico de estos procesos con baja laboral. *Medicina del Trabajo* 1992; 1: 348-53.
12. Gros B, Bertol V, Fernández A, Mallen M, García C, Ginés C. Las lumbalgias y su impacto en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 319-21.
13. Rubin M. Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. *Tiempos Médicos* 1996; 527: 7-18.

ORIGINAL

Concordancia inter e intraobservador de los métodos de estratificación del riesgo cardiovascular en hipertensos en un centro de salud urbano

Ortiz Fernández MD¹, Muñoz Cobos F², Barbancho Fernández MA¹, Vera Marín M¹, Ramírez Torres JM², Peláez Gálvez E¹.

¹ Residente de segundo año de MFyC. Unidad Docente de Málaga; ² Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Unidad Docente de MFyC de Málaga.

CONCORDANCIA INTER E INTRA-OBSERVADOR DE LOS MÉTODOS DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

Objetivos: Comparar la concordancia inter e intraobservador de los métodos Framingham y OMS para el cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos.

Diseño: Transversal, Descriptivo (Septiembre 2001).

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Población y muestra: Muestreo aleatorio sistemático de 120 pacientes hipertensos sin eventos cardiovasculares previos (alfa: 0,05, precisión 0,70).

Intervenciones: Estratificación del riesgo cardiovascular para cada paciente por los dos métodos y por dos observadores distintos. Cálculo de la concordancia inter e intraobservador mediante índice Kappa y su intervalo de confianza para un alfa de 0,05.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 61,6 años (desviación estándar 11,8) y el 65% son mujeres. Un 30.8% de la muestra son diabéticos y un 14.2% fumadores. La concordancia interobservador del método Framingham muestra un índice Kappa 0,56 (0,43-0,69) y del método OMS 0,87 (0,79-0,95). La concordancia intraobservador comparando ambos métodos, da un índice Kappa de 0,55 (0,42-0,67) para un observador y 0,43 (0,30-0,57) para el otro, encontrándose las mayores discrepancias para los valores medios.

Conclusiones: Existe buena concordancia entre observadores, y algo menor entre métodos. El mejor resultado del Kappa se obtuvo para el método de la OMS.

Palabras clave: Hipertensión, riesgo cardiovascular, Kappa, Framingham, OMS.

INTER- AND INTRA-OBSERVER AGREEMENT IN CARDIOVASCULAR RISK STRATIFICATION METHODS FOR HYPERTENSE PATIENTS IN AN URBAN HEALTH CENTER.

Goal: Compare Inter- and intra-observer agreement, using Framingham and WHO methods, to calculate cardiovascular risks in patients with hypertension.

Design: Cross-sectional descriptive (September 2001).

Setting: An urban health center.

Population and Sample: Systematic random sample of 120 hypertense patients with no prior history of cardiovascular events (alfa: 0.05, precision 0.70).

Interventions: Cardiovascular risk stratification for each patient under both methods and by two different observers. Calculate Inter- and intra-observer agreement by using the Kappa index and its confidence interval for an alfa of 0.05.

Results: The average patient's age is 61.6 years (standard deviation 11.8) and 65% of them are female. 30.8% of the sample are diabetics and 14.2% are smokers. Inter-observer agreement under the Framingham method results in a Kappa index of 0.56 (0.43-0.69); the WHO method produced an index of 0.87 (0.79-0.95). Comparing both methods, the intra-observer agreement results in a Kappa index of 0.55 (0.42-0.67) for one observer and 0.43 (0.30-0.57) for the other, with greatest discrepancies being found in the middle values.

Conclusions: Good agreement exists between observers; it is somewhat lower between methods. The best Kappa index result was obtained using the WHO method.

Key words: Arterial hypertension, Cardiovascular risk index, Kappa, Framingham, WHO.

Correspondencia: M.ª Dolores Ortiz Fernández. Paseo Marítimo Ciudad de Melilla 25 13-A. 29016 Málaga. E-mail: gilmu@cgrabajosocial.es

Recibido el 07-08-02; aceptado para publicación el 13-11-02.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 36-41

Introducción

El riesgo de enfermedad cardiovascular en hipertensos viene dado no tan solo por las cifras de Presión Arterial (PA), sino también por la presencia o ausencia de otros Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), manifestación en órganos diana (LOD) y presencia o no de enfermedad cardiovascular clínica¹.

La Comunidad Autónoma de Andalucía en particular y España en general, a pesar de presentar una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, disfrutan de una cierta inmunidad frente a la enfermedad coronaria, al igual que la gran mayoría de los países del Sur de Europa. Este fenómeno, conocido como «paradoja mediterránea», está por explicar. Probablemente, factores genéticos y dietéticos de enorme importancia en la génesis de la cardiopatía isquémica (CI), justifiquen en gran parte esta situación².

Para la realización de una investigación básica, la estrategia unifactorial (estudio de un solo factor de riesgo) resulta obligada, pero si se trata de hacer un planteamiento comunitario, clínico y/o con una estrategia de prevención es inevitable el enfoque multifactorial. En diversos estudios epidemiológicos, el riesgo relativo entre las categorías más bajas y más altas de padecer un evento cardiovascular, según el cálculo basado en la combinación de factores dentro de la población, presentaba un rango de 10-20, mientras que el rango de riesgos al considerar factores aislados era de 2-4¹.

En la tabla I se resumen las características de los dos métodos más empleados de estratificación del riesgo.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DEL FRAMINGHAM Y OMS

Framingham	OMS
Para todas las enfermedades	Sólo para hipertensos
Dinámica	Estática
Requiere cálculos	Más directa
Incluye valores de col total	Sólo incluye dislipemia
Incluye valores de cHDL	No incluye valores de cHDL
El paciente se siente más motivado	El paciente influye poco en mejorar
No incluye Lesión Órgano Diana	Incluye Lesión Órgano Diana

Tanto el VI Informe del Joint National Committee (JNC-VI) como el documento del comité de coordinación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad

Internacional de Hipertensión (SIH) coinciden en proponer una estratificación del riesgo en los pacientes hipertensos basada no solamente en las cifras de PA, sino también en la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y de las lesiones, subclínicas o no, de los órganos diana⁴.

Las puntuaciones Framingham son el método más extendido para el cálculo del RCV y predijeron el riesgo de coronariopatías en poblaciones de blancos y negros, pero necesitan ser calculadas de nuevo por prevalencia de factores de riesgo y episodios de coronariopatías antes de que puedan usarse en otras poblaciones étnicas⁵.

Respecto a la sensibilidad y especificidad del método Framingham se obtiene una sensibilidad del 70%, una especificidad del 82%⁶ y un área bajo la curva (COR) de 0,62±0,03, $p < 0,001$ ⁷.

En la práctica clínica de seguimiento del paciente hipertenso es fundamental aplicar un método de calcular el RCV y que este sea válido, fiable y presente aceptable concordancia entre profesionales que lo apliquen. El objetivo de nuestro estudio es comparar la concordancia inter e intraobservador de los métodos Framingham y OMS para el cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos^{8, 9, 10}.

Sujetos y métodos

Nuestro centro de salud atiende a una población urbana de 24000 habitantes. Existe un programa de RCV en el que se incluyen pacientes hipertensos.

El diseño de este estudio es descriptivo transversal (a fecha Septiembre 2001). Los sujetos de estudio son los pacientes hipertensos seguidos en el centro de salud incluidos en el programa de riesgo cardiovascular del centro, con revisión clínica en los últimos seis meses (para que consten en la historia clínica los datos que necesitamos para la aplicación del índice y riesgo), que no hubieran tenido ningún evento cardiovascular previo (IAM, ACV, Revascularización coronaria).

Se realiza un muestreo aleatorio sistemático (alfa 0,05, precisión 0,80, $n = 156$).

El tamaño muestral se amplió en un 10% por los previsibles defectos del registro.

Las Variables de estudio se relacionan en la Tabla II.

La recogida de datos se realizó en dos tiempos: Primero la recogida de las variables sociodemográficas, FRCV y LOD de la Historia clínica TASS por un investigador. Segundo el cálculo del Porcentaje del Framingham, la estratificación del Framingham y la estratificación de la OMS, por dos investigadores para cada sujeto, (procedimiento ciego). Previamente al inicio del estudio se realizó un estudio piloto con 20 pacientes hipertensos con selección no aleatoria para entrenamiento en aplicación de los índices.

En la figura I se muestra el proceso de inclusión de pacientes.

Tras la aplicación de la escala de Framingham y el OMS obtuvimos nuevas categorías con la que construimos nuestra base de datos: porcentaje de riesgo en el Framingham, el grupo de riesgo en el Framingham y el grupo de riesgo en la OMS, y todos ellos para cada paciente por dos observadores diferentes, (usando las categorías Alto, Medio, Bajo, para lo que se aunó en el OMS las categorías Alto y Muy alto). Estra-

TABLA II. VARIABLES DE ESTUDIO

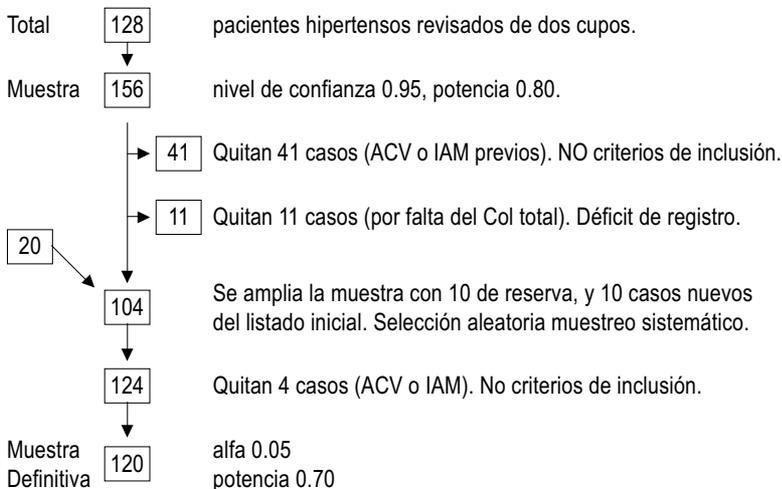
Sociodemográficos	FRCV	LOD
Edad	DM (no GBA ni Intolerancia a la Glucosa)	Nefropatía (>30 mg/dl de microalbuminuria)
Sexo	H. ^a Familiar (ECV H< 55 a, M <65 a)	Retinopatía (lesiones de FO)
	Fumador (no fumador si > 1 a)	Arteriopatía periférica (claudicación intermitente)
	TAS	Insuficiencia cardíaca (criterios diagnósticos en H. ^a)
	TAD	
	Col T	
	Col HDL	
	HVI criterios de Cornell/Sokolow	
	últimas cifras	
Puntuación Framingham	En %	
Estratificación Riesgo Framingham	Alto (>20%)	
	Medio (10-20%)	
	Bajo (<10%)	
Estratificación Riesgo OMS (modificado para = Framingham)	Alto (>20%)	
Alto-Muy alto >30% = Alto)	Medio (15-20%)	
	Bajo (<15%)	

GBA: Glucemia Basal Alterada.
FO: Fondo de ojo.

Resultados

En nuestra muestra la edad predominante son los 61 años con una desviación estándar 11,7 años. Con respecto al sexo destacan las mujeres con un 65%. Resultaron diabéticos un 30,8%. Presentaban Historia Familiar de evento cardiovascular el 16,7%. Entre otros factores de riesgo cardiovascular destacan los fumadores en un 14,2% (tabla III). Con respecto a la Tensión Arterial Sistólica, la media fue de 137,8 mmHg, con una desviación típica de 17,9. La Tensión Arterial Diastólica media fue de 81,8 mmHg, con una desviación típica de 10,1. La cifra de colesterol total media fue de 222 mg/dl con una desviación típica de 43,4. Con respecto a una de sus fracciones, el cHDL, la media para los pacientes que lo tenían registrado es de 51,4 mg/dl con una desviación estándar de 15,6. La Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo, lo presentan el 3,3%¹¹. Entre las LOD, presentaron Nefropatía el 5%, Retinopatía el 3,3%, Arteriopatía periférica el 0,8% e Insuficiencia Cardíaca el 3,3%. Las gráficas I y II, muestran la distribución del riesgo cardiovascular interobservador por cada método (Framingham y OMS). El Alto Riesgo oscila entre 25,8-29,2% en Framingham y 40,8% en OMS, el Medio Riesgo oscila entre 42,5-49,2% en Framingham y 39,2-40,8% en OMS, el Bajo Riesgo oscila entre 21,7-31,7% en Framingham y 18,3-20% en OMS. Los cálculos y resultados los mostramos en la tabla IV, obteniéndose valores Kappa de concordancia interobservador de 0,56 (0,43-0,69), para el método Framingham y 0,87 (0,79-0,95) para el método OMS. Y en la comparación de ambos métodos (concordancia intraobservador) de 0,55 (0,42-0,67) y 0,43 (0,30-0,57).

FIGURA I. PROCESO DE INCLUSIÓN DE PACIENTES



tos: Bajo: Riesgo < 10% a los 10 años. Medio: 10-20% a los 10 años. Alto: > 20% a los 10 años. Finalmente se realizó el cálculo de la concordancia inter e intraobservador (comparando métodos) mediante Kappa y su Intervalo de Confianza al 95%.

Discusión

La media de las cifras de TA obtenidas nos sirve de indicador de buen control de nuestros pacientes hipertensos

TABLA III. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

		Resultados n=120
FR No Modificables	Edad	61.64 Desv.típica 11.79
	Sexo	Mujeres 78 (65%)
	DM	37 (30.8%)
	H. ^a familiar	20 (16.7%)
	Fumadores	17 (14.2%)
FR Modificables	TAS	137.8 Desv.típica 17.9
	TAD	81.8 Desv.típica 10.1
	Col T	222.4 Desv.típica 43.4
	cHDL	51.4 Desv.típica 15.6
	HVI	4 (3.3%)
LOD	Nefropatía	6 (5%)
	Retinopatía	4 (3.3%)
	Arteriopatía periférica	1 (0.8%)
	Insuficiencia Cardíaca	4 (3.3%)

FR: Factores de Riesgo
LOD: Lesión Organo Diana

GRÁFICA I. DISTRIBUCIÓN DEL RCV EN FRAMINGHAM POR OBSERVADOR 1 Y OBSERVADOR 2

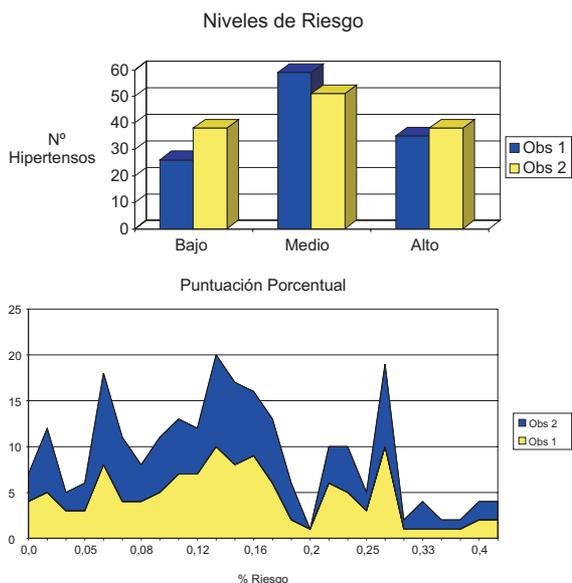


TABLA IV. CÁLCULO KAPPA

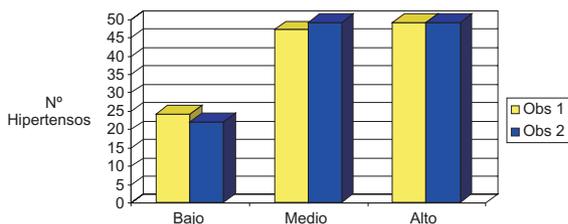
	FRAM 2			FRAM 1			OMS 1			OMS 2		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Alto	29	6	0	35	47	2	0	49	47	2	0	49
Medio	2	38	19	59	2	43	2	47	2	43	2	47
Bajo	0	7	19	26	0	4	20	24	0	4	20	24
	31	51	38	120	49	49	22	120	49	49	22	120

Concordancia interobservador	Framingham	OMS
Kappa	0.56	0.87
Intervalo de confianza	0.43-0.69	0.79-0.95

	OMS1			FRAM 1			OMS 2			FRAM2		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Alto	33	2	0	35	28	3	0	31	28	3	0	31
Medio	13	37	9	59	20	28	3	51	20	28	3	51
Bajo	3	8	15	26	1	18	19	38	1	18	19	38
	49	47	24	120	49	49	22	120	49	49	22	120

Concordancia Intraobservador	Observador 1	Observador 2
Kappa	0.55	0.43
Intervalo de Confianza	0.42-0.67	0.30-0.57

GRÁFICA II. DISTRIBUCIÓN DEL RCV EN OMS POR OBSERVADOR 1 Y OBSERVADOR 2



En nuestros resultados, todos los Índices Kappa están por encima de 0,4 lo que implica que éstos pueden considerarse aceptables. Si nos fijamos en sus correspondientes intervalos de confianza, en el estudio de concordancia interobservador están más próximos a 1 que en el intraobservador. Dentro de esta última, es decir un mismo observador por dos métodos diferentes, es con el método de la OMS con el que se obtienen valores más cercanos a 1, que con el Framingham. Con éste método se observa que las mayores diferencias entre observadores se sitúan en los riesgos medios, es decir, tenemos bastante claro cuando encuadrar a un sujeto en un riesgo alto de padecer un evento cardiovascular, diferimos un poco en cuanto al riesgo bajo, pero realmente nos distanciamos cuando lo situamos en riesgos medios (gráfica I).

Peters TJ, en su estudio de concordancia entre profesionales de la salud, utilizando tablas para el cálculo del riesgo cardiovascular de Nueva Zelanda, obtuvo un Kappa en torno al 0,56 (concordancia moderada), similar al nuestro ¹².

Según Asenjo Vázquez, desde el año 1996 hasta ahora, se han publicado nuevos estudios que han puesto de manifiesto que la precisión en la valoración del riesgo cardiovascular será superior cuanto mayor número de factores de riesgo se contemplen. Según este autor, teniendo en cuenta que de los múltiples métodos existentes ninguno es perfecto, se debería utilizar de forma ideal el de Framingham ¹³, no obstante es el que presenta menor concordancia en nuestro estudio.

Como sesgos fundamentales comentaremos que nuestra muestra no pretendía ser representativa de la población de hipertensos a pesar de haber utilizado, un muestreo aleatorio sistemático, ya que se restringe a hipertensos evaluados y pertenecientes a dos cupos.

En muchas historias se carecía del valor del cHDL, lo que es lógico si tenemos en cuenta que hasta los últimos años los valores de las fracciones del colesterol no se han determinado de manera sistemática ¹⁴. En nuestro estudio se registra HDL col en un 55% de pacientes que achaca-

mos no solamente a lo anteriormente expuesto sino también a que en el TASS se tiende a escribir lo patológico, lo que está fuera de rango, y si este valor es normal en muchas ocasiones lo obviamos, aunque por supuesto las cosas están cambiando. McManus en su estudio sólo cuenta con este dato en el 21% de los casos ¹⁵.

Dada la importancia expuesta del control de los FRCV, para la prevención de eventos isquémicos, y la que subyace a esto, en cuanto a encuadrar a un determinado sujeto en un determinado estrato de riesgo para aplicarle un tratamiento, se deduce que dada la diversidad de métodos para el cálculo de riesgo cardiovascular y la diversidad del observador que lo aplica, al interpretarlos deberían unificarse aún mas los criterios, para reducir esta diversidad de opiniones, y que un mismo sujeto no se viera encuadrado en diferentes estratos en función del médico que lo estima.

Así pues nuestras conclusiones son que existe buena concordancia entre observadores, y algo menor entre métodos. El mejor resultado del Kappa se obtuvo para el método de la OMS. Esperamos que a los Médicos de Atención Primaria, les ayude a decidir cual es el mejor método para el cálculo de riesgo cardiovascular de sus hipertensos, y se unifiquen criterios de tratamiento personalizados a cada paciente.

Bibliografía

- 1 Estado actual de la clasificación y el tratamiento de la HTA. Grupo HTA semFYC.
- 2 Cayuela A, Rodríguez S, Rodríguez A, Caballero A, Lapetra J. Análisis temporal de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en Andalucía (1975-1992). *Aten Primaria* 1996;18:283-288.
- 3 Hernández A, Córdoba R. Medición del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 376-383.
- 4 Oliván Martínez J. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Objetivos terapéuticos*. *Hipertensión* 2002; 19 (Suppl 1): 3-11.
- 5 D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores. Results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA* 2001; 286: 180-187.
- 6 Grover SA, Coupal L, Hu XP. Identifying adults at increased risk of coronary disease. How well do the current cholesterol guidelines work? *JAMA* 1995; 274: 801-806.
- 7 Taylor AJ, Feuerstein I, Wong H, Barko W, Brazaitis M, O'Malley PG. Do conventional risk factors predict subclinical coronary artery disease? Results from the Prospective Army Coronary Calcium Project. *Am Heart J* 2001; 141: 319-320.
- 8 Cupples LA, D'Agostino RB: some risk factors related to the annual incidence of cardiovascular disease and death using pooled repeated biennial measurements: Framingham study, 30-year follow up, en Kannel WB, Wolf PA, Garrison RJ (eds). *National Institutes of Health Publication No. 87-2703*. Springfield, VA, US Department of Commerce. National Technical Information Service, 1987.
- 9 Kannel WB, Vokonas PS. *Cardiología preventiva en el anciano: el Estudio de Framingham*. En: Pearson TA, Criqui MH, Luepker RV, Oberman A, Winston M. *Primer de cardiología preventiva*. 1st ed. Barcelona: American Heart Association; 1996. p. 194-203.

- 10 Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-83.
- 11 Dubin DB Lindner UK. Introducción a la electrocardiografía. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1993.
- 12 Peters TJ, Montgomery AA, Fahey T. How accurately do primary health care professionals use cardiovascular risk tables in the management of hipertensión? *Br J Gen Pract* 1999;49:987-988.
- 13 Asenjo C, Espínola A, Figueras F, Val A. Cálculo del riesgo cardiovascular. ¿Qué método utilizar? *Aten Primaria* 1999;28:176.
- 14 Antón F, Maiques A, Franch M, Aleixandre E, Gómez AB, Sotoca R. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten primaria* 2001;28:642-647.
- 15 McManus RJ, Mant J, Meulendijks CF, Salter RA, Pattison HM, Roalfe AK et al. Comparison of estimates and calculations of risk of coronary heart disease by doctors and nurses using different calculation tools in general practice: cross sectional study. *BMJ* 2002; 324: 459-464.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Asistencia a inmigrantes en consulta de atención primaria: Protocolo de Actuación

Muñoz Martínez JM¹, Fernández Benítez RM², Moreno Muñoz F³.

¹ Médico de Familia, Urgencias Hospital Carlos Haya (Málaga). Médico del Centro de Atención Socio Sanitaria a Inmigrantes (CASSIM) Médicos del Mundo Málaga; ² Servicio Psiquiatría Hospital Carlos Haya (Málaga). Colaboradora con el equipo de atención psicológica del Centro de Asistencia Socio Sanitaria a Inmigrantes (CASSIM) Médicos del Mundo Málaga; ³ Médico de Familia. Tutor de Residentes de MFyC. Centro de Salud Palma-Palmilla (Málaga).

La población inmigrante cada vez es más frecuente en nuestras consultas de atención primaria. Esta población, en su gran mayoría joven, proviene de regiones muy desfavorecidas y presenta un perfil de baja renta^{1,2}. Esto nos compromete a ofrecer una atención socio-sanitaria activa, no solo por el perfil epidemiológico de sus zonas de procedencia, sino sobre todo, por las situaciones de hacinamiento, malas condiciones laborales y problemas de comunicación a las que se ven sometidos en nuestras regiones, las cuales son causa directa de la mayoría de enfermedades que diagnosticamos. El grueso de las patologías es el mismo que el de nuestra población residente; pudiendo hablarse de un primer grupo de ellas, el más frecuente, formado por patologías no transmisibles: Hipertensión arterial (HTA), úlcus gastroduodenal, lumbalgias, trastornos depresivos^{1,2,3,4,5}. Un segundo grupo es el formado por enfermedades transmisibles, iguales a las de nuestro entorno: Infecciones respiratorias, micosis dérmicas, tuberculosis (TBC), hepatitis virales, enfermedades de transmisión sexual (ETS) como la sífilis o el síndrome por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{3,4,5}. En este segundo grupo, es donde la atención primaria juega un papel importante a la hora de su detección precoz. Por último, se encuentra, el grupo de menor incidencia, formado por aquellos procesos importables, llamemos los exóticos, donde el papel de primaria será el tener unos criterios de sospecha para derivarlos al especialista. Estos últimos procesos no suponen motivo de riesgo para

la comunidad^{3,6}, por falta del vector responsable de la transmisión, siendo importante detectarlos para atender al individuo. La gran mayoría de ellos van a desaparecer tras los primeros meses de estancia en nuestro entorno, manteniéndose en el tiempo una pequeña proporción (Es-trongiloidiasis, Oncocercosis, Esquistosomiasis)^{7,8,9}.

El tener un plan de actuación, nos va a ayudar a disipar aquellas incertidumbres, que pueda crearnos este colectivo. La presente guía trata de recoger un plan de actuación inicial, para esta población, incidiendo según el caso, en aquellos aspectos más particulares de la anamnesis, pruebas complementarias (PC) a pedir y derivaciones a realizar. Algunas pruebas, las menos, serán inviables según el medio en el que trabajemos, como la extracción de sangre entre 13-15horas (filariasis sanguínea) o el test cutáneo para oncocercosis (fácil de realizar si se ha visto hacer al menos una vez). Esto muestra la necesidad de readaptar nuestros medios, si buscamos una mejor atención.

El médico de Atención Primaria debe estar formado para atender de modo adecuado a esta nueva población, que es ya una realidad cotidiana en nuestros centros sanitarios. Y con este objetivo hemos hecho una breve guía de actuación, con los siguientes contenidos (ver Tabla 1), que esperamos sirva de ayuda en la práctica diaria.

1. Guía de actuación⁶⁻⁹

Ante el inmigrante en consulta de demanda, actuaremos como ante cualquier paciente, teniendo además en cuenta las peculiaridades en anamnesis y exploración (A) para el despistaje de algunas enfermedades (*patologías*) que precisen un plan de actuación (P) específico como a continuación se relaciona.

Correspondencia: José Manuel Muñoz Martínez. C/ Daoiz, 2.º H. 29014 Málaga.
E-mail: jnumart@yahoo.es

Recibido el 27-09-2002; aceptado para publicación el 15-11-2002.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 42-57

1.1. Según motivo de consulta

– Hacer un listado de problemas (concepto pluripatológico).

Demanda (por frecuencia) ^{1, 4}	Anamnesis y Exploración (A) / (<i>Patología</i>) / Plan de Actuación (P)
Aunque asintomático (según procedencia)	A – Antecedentes personales (ver 1.2). Historia vacunal. – Buscar adenopatías, visceromegalia, «manchas» en piel.
Pérdida de peso	P – Vacunación (Tabla 2). Según procedencia valorar Pruebas de cribaje (Tabla 2), previo consentimiento.
Chequeo Médico (según procedencia)	
Certificado Médico	A – Proceder como en el apartado anterior. P – Certificado en Papel timbrado o Documento de Consulta y Hospitalización (P10), según la necesidad; +/- Pruebas de Cribaje (Tabla 2) (no es necesario realizarlo para expedir el certificado, siendo válido la subjetividad del certificado, Art. 10 de la Ley de Sanidad) ¹⁰ .
Problema Social	P – Anamnesis, exploración y plan como en el apartado «asintomáticos». Derivar a asistente social.
Dorso/Lumbalgia crónica	P – Radiología (RX) Columna (<i>Hiperlordosis. Descartar: TBC Vertebral, Brucella</i>).
Dolor abdominal recurrente	A – Subsahariano con dieta rica en arroz (<i>Estreñimiento</i>). – Diarrea afebril intermitente (<i>Colon Irritable. Amebiasis, Giardiasis</i>). – En Hipocondrio derecho, carácter pleurítico (<i>Ameboma hepático</i>). – Con pruebas complementarias negativas (<i>valorar somatización</i>). P – Hemograma (Eosinófilos), parásitos en heces por 3 a días alternos. Coprocultivo. – En Hispano Americano con diarrea intermitente (<i>Amebiasis, Giardiasis</i>), valorar prueba diagnóstico-terapéutico con tinidazol 2 gr de 1 a 3 días (d) ³ .
Epigastralgia	P – Parásitos heces por 3, a días alternos. Elisa <i>Helicobacter pilory</i> ⁴ . Tratar con protector gástrico, sino mejora y además presenta Eosinofilia, derivar para gastroscopia (<i>Estrongyloidiasis</i>) ⁶ .
Diarrea febril (<i>Niño Subsahariano</i>)	A – Menos de 6 meses abandono de región tropical (<i>Descartar Malaria</i>). P – Derivar a Urgencias para Hemograma (Trombopenia), Frotis y Gota Gruesa malaria.
Prurito generalizado con Eosinofilia menor del 5%	A – Afecta a cabeza. Por el sudor, o ducha (<i>Prurito Colinérgico</i>). – (<i>Piel seca</i>). – (<i>Toma de cloroquina</i>). – No afecta a cabeza, palmas ni plantas +/- Surcos perlados interdigitales, interglúteos, genitales, axilares +/- Prurito en convivientes (<i>Sarna</i>). – Despigmntaciones geográficas + Sensibilidad conservada (<i>Hongos</i>). P – Si no se encuentra datos en anamnesis ni en la exploración, merece la pena tratamiento a ciegas para sarna.
Prurito generalizado con Eosinofilia mayor del 5% (<i>Subsahariano</i>)	A – +/- Placas despigmentadas de piel envejecida, en cintura pelviana +/- adenopatías inguinales +/- nódulos en salientes óseos (<i>Oncocercosis</i>). – Tumefacción migratoria en extremidades superiores o cara (<i>Loaosis</i>). P – Derivar por Diagnóstico de Sospecha o si es factible continuar estudio: Pedir a laboratorio microfilarias sangre (Extracción entre las 13-15 horas) y, búsqueda de microfilarias piel en campo húmedo de pellizco cutáneo (glúteo), por 4 tomas. (Figura 1)

Dolor crónico PC Negativas (-)	P – (Valorar Sd. Depresivo, Trastorno Adaptativo) ^{4,5} .
Cefalea recurrente	
Fiebre/febrícula	A – Crónica o foco respiratorio sin respuesta a antibióticos (TBC) ⁷ . P – Mantoux (mayor 10 mm), valorar RX tórax, Ziehl de esputo, etc.
	A – En Subsahariano (Descartar Malaria) si cumple uno de ¹¹ : – Fiebre mal tolerada. – No respuesta inicial con antibiótico (aunque semiología respiratoria) ⁴ . – Refiere que el cuadro se parece a episodios previos de malaria. – Niño con Diarrea febril ^{8,12} . P – Derivar a Urgencias: Hemograma (Trombopenia-Anemia) Frotis y Gota Gruesa malaria (Mayor posibilidades si está en el punto crítico de 3-6 meses del abandono de la región tropical) ⁶ .
Tos persistente	P – Mantoux (mayor 10 mm), valorar RX tórax, Ziehl de esputo ⁸ .
Sibilantes/disnea con Eosinofilia mayor al 5% (Subsahariano)	P – Antes de pautar corticoides sistémicos descartar Sd Loeffler (Parasitación pulmonar). Pedir: Parásitos en heces por 3, a días alternos +/- Eosinófilos (Eo) en esputo. – Algunos autores recomiendan tratamiento preventivo con albendazol 400mg/12h por 3 días, previo al corticoide sistémico ⁶ .
Hematuria Macro-Microscópica	A – Subsaharianos o Asiáticos + Eosinofilia P – Pedir, en muestra del medio día, <i>Shistosoma</i> en orina ⁴ .
Sd. Miccional Vaginitis	P – Si resultado de sedimento cultivos y exudados (-) Pedir: <i>Shistosomas</i> en orina ⁶ .
Alteración del comportamiento. (subsahariano)	A – +/- adenopatías, visceromegalia (<i>Tripanosomiasis</i>) P – Hemograma. Proteinograma (Ig G). Valorar pedir Frotis sangre periférica.

1.2. Antecedentes personales (AP)

- Procedencia. Rural, selva (filarias)
- Cuando salió de su país y regresos eventuales.
- Cuando llegó a España (con el tiempo van desapareciendo la mayoría de las infecciones importadas)^{6,8}.
- Donde y con quién reside (albergue, posibilidad de hacinamiento).
- Situación vacunal.
- Enfermedades, ingresos, tratamientos.
- **DIRIGIDO SOBRE ENFERMEDADES:**

Región	Anamnesis
Subsahariano	– Último episodio de malaria o Sd febril tratado con cloroquina. – Brotes de Prurito generalizados +/- tumefacción migratoria (Extremidades Superiores, Cara) (<i>Filariasis cutáneas</i>).
Latino	– Epilepsias (<i>Cisticercosis</i>) ⁷ — Transfusión (<i>Enfermedad de Chagas</i>).
Todos	– Prurito no afecta a cabeza. +/- Prurito en convivientes (<i>Sarna</i>). – Tosedor persistente (<i>TBC, Sd Loeffler</i>). – Enfermedad de transmisión sexual (ETS).

- **PLANIFICACIÓN Y EMBARAZO:** Comprobar que utiliza adecuadamente el método anticonceptivo elegido.
- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Tosedores, epilepsias, anemias.

1.3. Exploración (Se tiene que desnudar totalmente)

Signos.	Anamnesis Exploración (A) / (Patología)/ Plan inicial (P)
Estado General: Nutricional. Hidratación. T. ^a . Presión Arterial (HTA)	
C y C:	
Mucosa Oral: Muguet, Úlceras, Caries.	– Muguet. P- Cultivo, serología VIH. – Úlceras oral. P – LUES, VIH, muestra en medio de Stuard. – Caries, si tercer molar derivar a máxilo-facial.
Adenopatías	A – Buscar en más regiones. Buscar esplenomegalia. P – VIH, Mantoux ⁷ , proteinograma. Valorar derivación.
Conjuntivas: ictericia, pálidas. Lesión en ojo.	
Extremidades Superiores (EESS) Tórax: Buscar cicatriz vacunal en hombro (BCG) ⁷ .	
Abdomen:	
Visceromegalias	A – Adenopatías. Ictericia. AP de Malaria. Microhematuria. P – Cribaje (Tabla 2), proteinograma, frotis sangre y derivar.
Dolor/molestia hipogastrio	P – Sedimento, valorar toma de exudado uretral/vaginal.
Extremidades Inferiores (EEl). Piel. Genitales.	
Adenopatía inguinal (ETS, Filariasis). Presbidermia Glútea (placas piel envejecida) +/- Nódulos en prominencias óseas: Trocánter, Espinas Iliacas, raro Occipital (Oncoercosis)	
Mancha despigmentada	A – Anestesia, al pasar algodón (Descartar Lepra) ⁶ .
Presbidermia en nalgas, raíz de muslos, muslos, tibias.	A – Si Eosinofilia +/- prurito generalizado (Oncoercosis). P – (ver prurito con Eosinofilia mayor al 5% de este apartado)
Úlcera cutánea.	P – Muestra de fondo para cultivo. Pautar antibiótico empírico
Úlcera que persiste (a pesar de tratamiento antibiótico empírico x 2-3 semanas)	(Ver apartado «Úlcera «(2.6) de esta revisión) A – Adenopatías regional (TBC Ganglionar) – Valor si anestesia de la zona (Lepra). P – Pedir LUES, VIH. Derivar para estudio de muestra (Leishmaniasis Cutánea, Mycobacteriosis). Otras Pruebas a valorar: RX tórax, Mantoux, esputos seriados para Lowenstein y Ziehl.

1.4. Resultados de pruebas complementarias

Prueba Realizada	Anamnesis Exploración (A) Plan inicial de actuación (P)
PPD mayor 10mm (+)	P – RX tórax; y si tiene clínica: Esputos seriados (Ziehl y Cultivo).
Anemia	P – Fe ⁺ , ferritina, transferrina. Si anemia microcítica con Fe ⁺ normal, pedir: Electroforesis de hemoglobina (Hb).
Trombopenia	En el contexto de Sd febril. P – Gota Gruesa y Frotis malaria, coagulación.

Leucopenia leve (3.000+/- 500 /mL)	Es fisiológica en razas Subsaharianas.
Eosinofilia moderada (mayor de 5%)	P – Parásitos en Heces x 3 a días alternos, test de Graham. (Si prurito en Subsahariano) además; P – Derivar por Diagnóstico de Sospecha de onco-cerca/loaosis o si es factible continuar estudio: Pedir a laboratorio Microfilarias sangre (extracción entre las 13-15h) y pellizco cutáneo, buscando microfilarias en piel (Figura 1).
Pancitopenia	A – Buscar adenopatías, megalias, Sd febril P – VIH, Frotis sanguíneo, proteinograma, valorar derivación.
Transaminasas altas	P – Serología VHB. VHC; si (-) pedir: <i>Shistosoma</i> sangre, Cultivo heces.
Marcadores VHB (+)	P – Marcadores VHD ⁶ .
Microhematuria	P – Parásitos en orina: <i>Shistosomas</i> en orina.
Piuria estéril	P – Confirmarla; si (+) pedir: BAAR y Lowenstein de orina, Mantoux
Lipiduria	A – Adenopatías y signos de insuficiencia linfática en EEII. P – Microfilarias en sangre, extracción entre las 13-15h. Derivar por Diagnóstico de Sospecha de filariasis linfática.

2. Patologías de interés ^{11, 13}

En este apartado se verán los aspectos a destacar para el manejo de las patologías de mayor importancia.

2.1. TBC

Diagnóstico.—El Mantoux es positivo a partir de 10mm, si menor repetir la prueba a la semana para descartar efecto «Booster»¹⁴. Se considera 5 mm como positivo en caso de contactos recientes en niños y en embarazadas, o en inmunodeprimidos. El falso positivo post-vacunal, desaparece a los 10 años de vacunarse¹⁵. En caso de contacto íntimo y Mantoux (-), repetirlo a los dos meses.

Algoritmo Diagnóstico-Tratamiento (Tabla 3)

Si es diagnosticado de Enfermedad TBC pedir estudio de resistencia a antituberculostáticos^{7,15}.

Quimiprofilaxis primaria.—Se realiza en caso de PPD(-), a los menores de 20 años que han tenido un contacto íntimo. Se pauta isoniacida 10mg/kg/día, 300mg/día (en adultos) durante dos o tres meses, tras los que se repite el Mantoux.

Quimiprofilaxis secundaria.—Todo PPD (+) menor de 35 años: isoniacida 10mg /Kg /día; en adulto 300 mg/día durante 6-9meses.

Extensión.—Hay que tener en cuenta las formas extrapulmonares (ganglionar, vesical, vertebral, pericárdica)^{6,15}.

Tratamiento.—Se prefiere una pauta de 6 meses: 2 meses con isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E) y 4 meses con isoniacida(H), rifampicina (R), por la alta tasa de resistencia. Hay que estudiar a los contactos.

2.2. Malaria

En provenientes de zona Subsahariana o Sudeste Asiático con fiebre, hay que descartar malaria. Puede aparecer simulando bronquitis o neumonía; en niños, diarreas.

Epidemiología.—Se trata de población semi-inmune a la malaria, con baja parasitemia; y tienen más probabilidad de reaparición de brote a partir de los 3-6 meses del abandono de la zona endémica^{6,16}.

Formas quiescentes.—Si aparece nuevo episodio a los pocos meses de abandonar zona endémica y no fue tratado la última vez con primaquina, puede tratarse de una malaria quiescente, forma durmiente que se reactiva (*Plasmodium vivax* o *Plasmodium ovale*).

Episodios previos.—Un dato fiable para saber cual fue el último episodio de malaria es el obtenido al preguntarle, cuando fue tratado por última vez con cloroquina u otro antipalúdico. Aunque también usan la cloroquina como antipirético.

Plan.—Ante sospecha derivar a urgencias. Es sugestivo encontrar una trombopenia en la analítica¹². Las PC a pedir son: Hemograma, coagulación, bioquímica, PH venoso, RX tórax, Frotis y Gota Gruesa para malaria.

– Indicadores de mal pronóstico:

Menores de 3 años, hiperventilación, sangrado, shock, convulsión, descerebración, T.^a < 36.5, aumento súbito de la T.^a, ictericia, Glasgow < 5, Hb < 5g/dl, uremia < 21.4 mmol/l, hipoglucemia < 2.2 mmol/l, leucocitos > 12000/ml, elevación por tres de GPT y GOT⁷.

Tratamiento.—Por especialista. El tratamiento para las formas no complicada puede ser, mefloquina 250mg *Larriam*® 3,2,1 (750mg a las 0horas, 500 mg a las 8 horas y 250 a las 16 horas). En caso de formas quiescentes (*P.vivax*, *P.ovale*) tras el tratamiento con cloroquina se pauta primaquina por 12 días, descartando previamente el déficit de G6PDH (este tratamiento hay que expedirlo por medicación extranjera). La mefloquina no debe darse en caso de antecedentes convulsivos¹⁶.

2.3. Parásitos digestivos

Cabe destacar *Strongyloides stercoralis* y *Ancylostoma duodenale* por el peligro de **Sd de Loeffler** (Neumonía Eosinófila). Dicho síndrome cursa con una clínica de **Hiperreactividad bronquial** (HRB), por hiperinfectación pulmonar de larvas. Debemos estar alerta para no confundirlo con un proceso tipo asmático y pautar corticoides sistémicos, lo que exacerbaría el cuadro de broncoconstricción por aumento de la parasitación pulmonar, con

consecuencias graves para el individuo. Así, es importante antes de pautar corticoides sistémicos o cualquier otro inmuno-supresor y ante clínica de hiperreactividad bronquial, pedir parásitos en heces por tres, a días alternos⁷.

Parásitos en Heces por frecuencia, Clínica, Diagnóstico y tratamiento (Tabla 4)

Cribaje, parásitos en heces por tres a días alternos:

Dada su elevada prevalencia hasta el 6.º mes de su llegada, se recomienda realizarlo a toda persona: proveniente de país con bajo desarrollo sanitario, de franja tropical, que viva en condiciones de hacinamiento o en contacto íntimo con afectado. Otros autores recomiendan realizar el cribaje hasta el tercer año de su llegada⁶.

Existe la controversia de hacer cribaje a todos, o dar directamente albendazol 400 mg/día por 5 días a ciegas, si lleva viviendo fuera de la región de riesgo menos de un año⁶.

Una vez tratada se recomienda repetir el estudio a los 3 meses para confirmar la curación.

2.4. Síndrome Anémico^{6,11}

Microcítica.	
Plan: Pedir hierro (Fe ⁺), ferritina, parásitos en heces por tres a días alternos.	
Etiología:	
<ul style="list-style-type: none"> – Ferropénica (ferritina baja): Parásitos en heces. – Talasemia (diagnóstico por frotis y electroforesis). Sospechar ante Fe⁺ normal/alto. – Enfermedades crónicas. Infecciones crónicas. (ferritina normal) 	
Normocítica. (IR= % Reticulocitos pacinete x Hematocrito paciente/Hematocrito normal)	
– Índice reticulocitario (IR)> 2%	– Índice reticulositario < 2%:
PC: LDH, bilirrubina indirecta (BI), sangre oculta, cultivo heces. Etiología: <ul style="list-style-type: none"> • Melenas (sangre oculta). • Hemólisis: Aumento de LDH y BI. <ul style="list-style-type: none"> – Déficit de G6PDH.(descartarlo antes de dar tratamiento con primaquina) – Malaria (en 2.ª fase). – Drepanocítica (Hb S en electroforesis). – Fármacos antipalúdicos (los traen consigo para las cefaleas o fiebre). • Esplenomegalia (secuestro). Plan: Derivación a especialista	Etiología: <ul style="list-style-type: none"> • Aplasia medular: <ul style="list-style-type: none"> Infecciosas: <i>Leishmania</i>, <i>Salmonella</i> Leucemias. Plan: Derivación para aspiración de médula ósea. <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia Renal. • Fármacos (cloranfenicol). • Enfermedades crónicas.
Macrocítica	
Enfermedad Hepática, Hipotiroidismo, Hemólisis.	
Megaloblástica (en frotis Polimorfos nucleares (PMN) polisegmentados)	
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit Ac. Fólico, B12. PC: Cultivo de heces (Malabsorción, Sprue Tropical) • Cirrosis. Sobre el tratamiento de la anemia megaloblástica, pautar 30 microg de B12 y medir el IR a la semana; si éste aumenta en un 5%, el déficit de B12 es su causa, evitando el enmascaramiento por la administración deAc. Fólico.	

2.5. Filariasis (más frecuentes)^{7,11}

Epidemiología.—Sobre todo a población Subsahariana de zonas selváticas.

2.5.1. Oncocercosis (filariasis cutánea)

Epidemiología.—Es la forma de filariasis más frecuente.

Diagnóstico.—Prurito generalizado más eosinofilia, con o sin:

- Presbidermia: Área de piel envejecida, con pliegues y pérdida de elasticidad (frecuente en zona glútea y sacra).
- Adenopatías (inguinales).
- Nódulos en salientes óseos (trocánter, crestas ilíacas).

PC.—Hemograma. Parásitos en heces. Pellizcos cutáneos en región glútea por 4 muestras; mandarlas en tarro con suero fisiológico para la búsqueda de microfilarias en piel en campo húmedo. Test de Mazzotti: tras tomar 50-100mg de Dietilcarbamacina (DEC) reaparecen los síntomas de prurito.

Diagnóstico Diferencial.—Filariasis hemáticas, sarna más parasitosis intestinal (que justifica la eosinofilia).

Tratamiento.—Con él se pretende matar a las microfilarias.

- Ivermectina 150 mcg/kg (12mg en adultos) en monodosis. Repetir el tratamiento al sexto mes y posteriormente cada año, durante 10 años. Estos medicamentos hay que pedirlos por medicación extranjera.
- Asociar un antihistamínico para prevenir la reacción por lisis de las microfilarias.

Plan.—Valorar derivarlo a unidad especializada.

Seguimiento.—Ver respuesta al tratamiento por el descenso de la eosinofilia al sexto mes, y ya una vez al año hasta 10 años, que es el tiempo de vida de una filaria adulta.

2.5.2. Loaliasis (filariasis hemática)

Diagnóstico.—Prurito generalizado mas inflamación migratoria y evanescente de extremidades superiores o cara (edema de Calabar) más eosinofilia. Muy llamativo, pero más raro, es que nos cuenten haberse visto el helminto tras la conjuntiva, que se acompaña con importante reacción inflamatoria local.

PC.—Hemograma, parásitos en heces. Microfilarias en sangre (extraer entre las 13-15 horas).

Diagnóstico Diferencial.—Sarna más parasitosis intestinal (que explique la eosinofilia).

Tratamiento.—Dietilcarbamacina (DEC) o ivermectina 400mg/kg una dosis (pedir por medicación extranjera).

Adultos

Día 1.º 50 mg, Día 2.º 50mg/8h, Día 3.º 100mg/8h, Día 4.º-21.º 9mg/Kg/día en 3 dosis

Niños

Día 1.º 1 mg/kg, Día 2.º 1mg/kg × 3, Día 3.º 1-2 mg/kg × 3
Día 4.º 1-2 mg/kg × 3.

– Asociar antihistamínico y/o corticoides oral como prevención de la reacción por la lisis de las microfilarias, sobre todo en caso de afectación cercana a la región ocular.

Plan.—Derivación a unidad especializada.

2.6. Úlceras cutáneas¹¹

Causas más frecuentes.—Por sobreinfección de lesión previa (herida, causticación, infección).

PC.—Muestra de fondo para cultivo.

Tratamiento Empírico.—Amoxicilina 875mg/ clavulánico 125mg cada 8 horas; ciprofloxacino 500mg/12h vo, durante 10-21 días¹¹.

ULCERA PERSISTE A PESAR DE TRATAMIENTO (Tabla 5):

PC.—Cultivo de Lowenstein, cultivo NNN de Leishmania, para Hongos; muestra para BAAR, para Giemsa (*Leishmania*), Gram, KOH (hongos). LUES, VIH.

- Si anestesia de la zona, típica úlcera en zona de presión; derivar para biopsia lóbulo de la oreja, biopsia lesional y anatomo patológico para descartar granulomas lepromatosos.
- Otras PC a valorar: RX Tórax, Mantoux, esputos seriados para Lowenstein y Ziehl.

Plan.—Tratamiento y derivación según resultados.

2.7. Lepra¹¹

Clínica: – Cualquier lesión dérmica con hipoestesia: térmica o táctil (al pasar un algodón)².

- Neuropatía sensitiva-motora.
- Palpación de tronco nervioso.
- Úlcera mucosa, con frecuencia en mucosa nasal. (el bacilo suele ser muy abundante en fosas nasales)

Lesión Cutánea: polimorfa hipopigmentada o eritematosa con HIPOESTESIA, anhidrosis, alopecia.

Analítica.—VSG elevada, globulinemia, anemia.

Diagnóstico Diferencial.—Eritema nodoso, vitíligo, pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, pitiriasis rosácea, tiña cor-

poris, psoriasis, sarcoidosis, neurofirmomatosis, leishmania cutánea¹⁷.

Plan.—Derivar a especialista, para biopsia. lesional y de lóbulo de oreja para tinción Ziehl modificada.

Notas claves

- El médico de atención primaria debe de actuar como **centinela** epidemiológico, de las enfermedades transmisibles⁷ (TBC, VHB, VHC, LUES, VIH, parasitosis).
- En todo subsahariano con **fiebre**, debemos descartar Malaria⁸.
- En todo inmigrante con **tos persistente**, debemos descartar TBC⁸.
- Todo **prurito**, aunque no se vean las lesiones típicas, tratarlo como sarna. Salvo en caso de subsahariano con marcada eosinofilia, donde se aconseja tratarlo como filaria, aunque el resultado de parásitos en sangre sea negativo⁸.
- Antes de dar tratamiento con **corticoides** hay que pedir parásitos en heces, para descartar *Strongyloides*; o en caso de que existan, pautar previamente tiabendazol 50 mg/kg/día en dos dosis por dos días, para así evitar un Sínd. de Loeffler (Hipereactividad bronquial más eosinofilia).⁴
- Ciertos síntomas de enfermedad están **culturalmente** aceptados como normales, debido a su frecuente aparición, y no serán motivo de demanda en consulta; por ejemplo prurito generalizado en subsahariano, que puede esconder tras él una oncocercosis. El hecho de tomar cloroquina, lo relacionan con un tratamiento para la fiebre, y no para la malaria.
- Hay una gran incidencia de **parasitosis intestinal**, no siendo procesos graves, ni importantes bajo un punto de vista epidemiológico, pero si molestos para el que los padece⁸.
- Pueden ser portadores de varias enfermedades, por lo que es recomendable abordar sus demandas bajo una perspectiva **pluripatológica**, al contrario de cómo venimos haciendo en nuestra práctica diaria, donde tendemos a explicar el conjunto de síntomas con un solo diagnóstico⁴.
- Cuidado cuando vaya de **visita** a su país de origen, y sobre todo con los niños de inmigrantes, al exponerse de nuevo a un ambiente epidemiológico del que han perdido su inmunidad.
- Para todos los inmigrantes es convenientes la evaluación y realización de **pruebas de cribaje**, pero si con alguien hay que tener una especial atención es con la población **infantil**⁸; ya que es la población mas afectada al no tener un sistema inmune desarrollado.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al Dr. Rogelio López-Vélez por la supervisión de la presente guía, y sobre todo por su incansable labor docente.

Bibliografía

1. Médicos del Mundo Málaga. Memoria 2001 Programa de Atención Socio sanitaria a Inmigrantes (C.A.S.S.I.M.). Médicos del Mundo Málaga. Malaga@medicosdelmundo.org
2. Médicos del Mundo Málaga. Memoria 2000 Programa de Atención Socio sanitaria a Inmigrantes (C.A.S.S.I.M.). Médicos del Mundo. Malaga@medicosdelmundo.org
3. López-Vélez R. La migración: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud. Med Fam 1994; 4: 109-12.
4. Roca C. Características demográficas, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. Med Clin (Barc) 1999; 111: 215-217.
5. Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). Aten Primaria 2001; 27: 25-28.
6. Vázquez J, Galindo Pelayo JP, Luján R. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Medicina de Familia (And) 2000; 2: 162-8.
7. López R. Enfermedades infecciosas tropicales en niño inmigrante. Rev Esp Pediatr 1998; 54: 149-61.
8. López R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (y II). FMC. 1996; 3: 279-85.
9. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK. Resultado de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Aten Primaria 2000; 25: 634-638.
10. Cañada JL, Coll J, Díaz M, Hernández E. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC; n.º 17 2002.
11. Dion R. Bell. Lecture Notes On Tropical Medicine. Liverpool: Blackwell Science; 1995.
12. Machín I, Martín AM. Paludismo en países no endémicos. Revisión de la situación actual. Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 270-272.
13. Mandel G, Douglas, Bennett's (Eds). Principles and Practices of Infection diseases. New York: Churchill Livingstone 2000; 5.ª ed.
14. Rivas-Clemente FPJ. Resultado de la aplicación de un programa de búsqueda activa de tuberculosis en inmigrantes magrebies: aceptabilidad y adhesión. Aten Primaria 1999; 24: 411-416.
15. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). FMC Abr 1996; 3:222-8.
16. Fumadó V, Pou J, Jiménez R. Malaria importada en la infancia. An Esp Pediatr 2000; 52: 305-308.
17. López-Vélez R, Sáez T, Blanco JL, Gómez E. Lepra simulando otras enfermedades. Rev Clín Esp 1998; 199: 369-372
18. Masvidal RM. Protocolo de atención a inmigrantes e hijos de inmigrantes. ABS Raval Nord. Barcelona. Institut Catalá de la Salut
19. Farias P. Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante. Artur SA; 2001.
20. Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. Vacunas, 03 2001; 02: 110-117.
21. Romea S, Durán E, Cabezas J, Bada J. Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación. Med Clin (Barc)1997; 109: 656-60.
22. Drugs for parasitic infections. The Medical Letter, on drugs and Therapeutics. March 2000.
23. Valls O, García O. Atención al niño inmigrante. Bol Pediatr 2001; 41: 325-331.
24. Espíldora MN, Lostal MI, Martínez J. Tratamiento de las parasitosis intestinales. FMC. 1997; 4: 132-140.

TABLA 1. ASISTENCIA A INMIGRANTES EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: protocolo de actuación

1. Guía de actuación
1.1. Según motivo de consulta.
1.2. Antecedentes personales.
1.3. Según signos en la exploración.
1.4. Según resultado de pruebas complementarias.
2. Patologías de interés
2.1. Tuberculosis.
2.2. Malaria.
2.3. Parásitos digestivos.
2.4. SD. Anémico.
2.5. Filariasis (oncocercosis, loasis).
2.6. Úlcera cutánea.
2.7. Lepra.
3. Cribaje sistematico según lugar de procedencia (Tabla 2)
3.1. Pruebas de cribado recomendadas.
3.2. Pruebas de cribaje en embarazada.
3.3. Vacunación. Adultos
4. Anexos
4.1. Notas claves.
4.2. Calendario vacunal pautas correctoras (Tabla 6).
4.3. Vademécum® (Tabla 7).

TABLA 2. PRUEBAS DE CRIBADO RECOMENDADAS^{3,6,7,8,9,15,19}

A provenientes de Regiones sanitariamente deprimidas. Pedirlo siempre que podamos asegurar la accesibilidad al tratamiento de la enfermedad detectada.

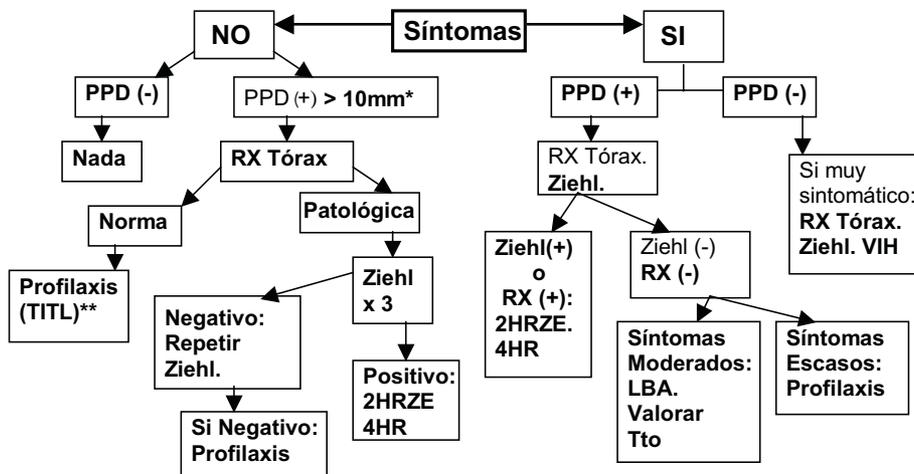
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma. 2. Bioquímica (perfil hepático). 3. Mantoux. A todo asintomático menor de 35 años. 4. Sedimento de orina. 5. Parásitos en heces por 2-3 determinaciones a días alternos, si lleva menos de seis meses en España. Otros autores recomiendan albendazol 400mg/día durante 5 días directamente si lleva menos de un año y proviene de región tropical^{6,7}. 6. En menores de 2 años además Fenilcetonuria y TSH ¹⁸. 		
SUBSAHARIANA	MAGREB	LATINO AMERICANA
<ul style="list-style-type: none"> – Marcadores VHB, VHC (VHD si marcadores VHB positivos). – Serología LUES y VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> – Marcadores VHB, si positivos pedir VHD. 	<ul style="list-style-type: none"> – Serología LUES. – Niños de zonas endémicas, serología Chagas¹⁸.

PRUEBAS DE CRIBAJE EN EMBARAZADA ^{3,8,19}	
– Realizar serología: Varicela, Rubeola, HIV, VHB, LUES, Toxoplasma, CMV, VHS. – Parásitos en heces x 3.a días alternos si menos de 6-12 meses de su llegada. – Coprocultivo. – Mantoux.	
SUSAHARIANA ³	LATINO AMERICANA
– Frotis y Gota Gruesa Malaria.	Coprocultivo (<i>Amebiasis, Giardiasis</i>) Valora serología Chagas si zona endémica. ¹⁸

VACUNACIÓN: En adulto ^{4,7}		
A todos de Td, Triple vírica (TV) 1 dosis y en población de riesgo la Antigripal ^{12, 20} .		
SUSAHARIANA	MAGREB	LATINO AMERICANA
Vacunar VHB si marcadores negativos (Pauta acelerada 0,1 ó 2 y 12 meses) ^{3,21} . VHA en pediatría ⁷ . Polio tipo Salk (Pauta 0,1 ó 2 y 6 ó 12 meses) ²⁰ .		Td y VHB (sin realizar marcadores previamente) ^{2,21} .

– El calendario vacunal en países en vía de desarrollo suelen contemplar, las siguientes vacunas: BCG (buscar que loide en hombro), DTP, Sarampión, Tétanos Fiebre Amarilla (según región). En países en vías de desarrollo en vez de la triple vírica tan solo se pone la del Sarampión^{3,15}.

TABLA 3. ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS



*También se considera (+) a partir de 5 mm en contactos recientes (embarazadas, niños) e inmunodeprimidos/ VIH (+).

**TITL= Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente.

***LBA= Lavado Broco Alveolar.

(+)= Positivo. (-)= Negativo.

TABLA 4. DIAGNÓSTICO

Parásitos en Heces (por orden de prevalencia) ^{6,7,9}	Clínica (% asintomáticos)	Diagnóstico	Tratamiento ²² Encaso de no especificarse, la dosis en pediátrica (niños) es la misma que en adultos.
Entamoeba coli	No patógenas.	Heces	No necesita ⁹ .
Endolimax nana	No patógenas.		
Blastocistis.			Trato si sintomático.
Entamoeba histolytica.	Dispepsias, flatulencias colon Irritable. Diarrea sanguinolenta sin fiebre.		Asintomático: – Paramomicina 25-35 mg/kg en 3 dosis (D) x 7 días (d). Sintomático: – Tinidazol 2gr en 2-3 D x 3d. Niños 50mg/kg. – Metronidazol 750 mg/8h x 7d. y tras finalizar Paramomicina.
Giardia lamblia.		Heces (-). Aspirado Duodenal (+). Estudiar pareja.	– Tinidazol 2gr monodosis (1D) Niños 50 mg/kg 1D. – Metronidazol 250mg/8h x 5d. Niños 15mg/kg en 3 dosis x 5d
Trichuri-trichuria	Diarrea + sangre. Prolapso rectal. Anemia ferropénica.	Heces. Eosinofilia. Anemia micro.	– Mebendazol 100mg x 2 x 3d. – Albendazol 400mg (1D) 1 a 3d según gravedad.
Ascaris lumbricoides.	HRB (Sd Loeffler). Diarrea intermitente. Obstrucción mecánica Hepato-intestinal	Heces. Eosinofilia en sangre, y si Loeffler en esputo. RX tórax: infiltrados.	– Mebendazol 100 mg x 2 x 3d, o 500mg 1D. – Pamoato Pirantel 11mg /kg 1D. (máximo 1 gr en adultos, 250mg en niños) ²³ – Albendazol 400mg 1D. (mayor espectro) Nunca en menores de 2 años
Ancylostomas. – <i>Uncinarias</i> . (Larva cutánea migrans) – <i>Necator</i>	Pápula pruriginosa en punto de entrada. HRB	Heces. Eosinofilia (fase de paso tisular). Anemia microcítica.	Asociar: – Fe 200-400mg/d + Ac. Fólico. En niños 6mg/Kg/d (uncinarias)
<i>Strongyloides stercoralis</i> . (Larva cutánea currens)	Erupción pruriginosa +/- serpinginosa. Prurito anal. HRB. Diarrea. Epigastralgia. Dolor abdominal	Heces. Eosinofilia (no en las formas fulminantes).	– Tiabendazol 50mg/kg (1500) en 2 dosis x 2-5d. (max 3g/d.) <i>Triasox</i> [®] +/- corticoides. – Albendazol 400mg/12h x 3días ¹¹ . – Ivermectina 250 mg/kg/d x 2d.

– Dan Hiperreactividad Bronquial (HRB): *Áscaris*, *Necator*, *Ancylostoma*, *Strongyloides*.
D: dosis

TABLA 5. CAUSAS ESPECÍFICAS DE ÚLCERAS PERSISTENTES¹¹

Leishmaniasis Cutánea.
<ul style="list-style-type: none"> - Es la causa más importante de úlcera crónica en el mundo. Tras curar tiende a la recidiva. - Úlcera: Simple o múltiple, poco profunda, tiende a la recidiva +/- adenopatías. Hay varias formas clínicas dependiendo del tipo de Leishmanias causante (No ulcerosa, cutánea, muco-cutánea). - Diagnóstico: Cultivo NNN, ver amastigotes en Giemsa. Otras PC —Además pedir VIH por su frecuente asociación. Biopsia de lesión y lóbulo de oreja para lepra, si pruebas diagnósticas negativas, ya que las formas cutáneas extensas pueden simularla. - Tratamiento: Antimoniato de meglumida 0.3-0.5 ml intralesiomal sc x 5 días o Ketoconazol 800mg/día x 10 días. Plan: Derivar a unidad especializada.
Úlcera tropical.
<ul style="list-style-type: none"> - Por lesiones locales o picaduras de insectos. En EEII, dolorosa, 1-10cm. No recidiva. - Tratamiento: Cura local + 1.2 Mu penicilina procaína /día x 7-10 días. Al 3.º día ya no duele
Úlcera Tuberculosa / Mycobacterias Atípicas.
<ul style="list-style-type: none"> - Primero aparece una afectación subcutánea + adenopatía que fistuliza y ulcera. - PC: AP de biopsia, RX tórax, Mantoux, Lowentein y Ziehl de esputos seriados. - Diagnóstico: granulomas necrotizantes en biopsia, cultivo (+). - Plan: Derivarlo para biopsia, PAAF, y Tratamiento: 2HRZE + 4 HR +/- Cotrimoxazol.
Sífilis Terciaria.
<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera poco dolorosa
Dracunculiasis.(Baja Incidencia)
<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera tras vesícula. Descarga larvaria tras introducirla en agua. + prurito +/- eosinofilia. - Diagnóstico: Dolor y prurito local en extremidades inferiores, mas lesión que evoluciona a ampolla y a su vez a ulcera, con o sin eosinofila. Una vez rota la ampolla sumergir la zona afecta en agua durante media hora y se observará la eyección de larvas. - Tratamiento: Metronidazol 400mg/12h por 5 días. Media hora de inmersión de la lesión durante dos semanas para asegurar el completo vaciamiento de larvas por la hembra. Tras dicho periodo extraer con cuidado el gusano hembra, envolviéndolo sobre un eje¹.
Drepanocitosis. (Baja Incidencia)
<ul style="list-style-type: none"> - Úlceras simétricas en EEII más Sd anémico. Ante hipoxia aparece crisis de dolor hipocondrio izquierdo y crisis hemolítica. PC: Frotis sangre periférica para drepanocitosis, electroforesis. Anemia Hemolítica.
Lepra. (Muy baja Incidencia)
<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera en mucosa poco dolorosa, profunda, típica en mucosa nasal (Diagnóstico diferencial con Leishmania).Alteración neurológica.
Miasis (larva en dermis)
<ul style="list-style-type: none"> - Forúnculo con mala respuesta a antibióticos, sensación de movimiento dentro de la misma. - Tto: Oclusión con vaselina varios días para provocar la asfixia y posterior extracción.

TABLA 6. CALENDARIOS VACUNALES SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE VACUNACIÓN

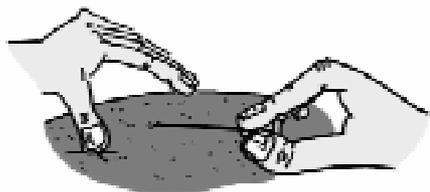
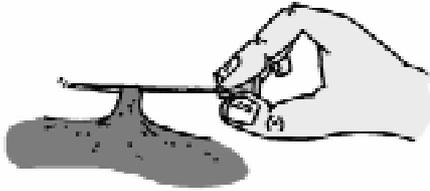
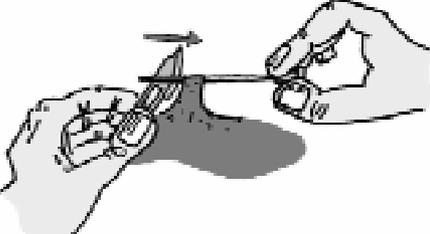
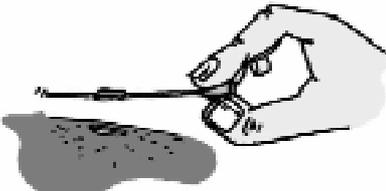
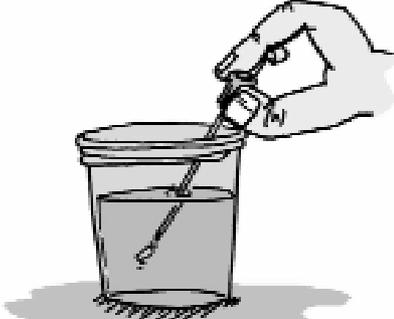
Edad de inicio	2 Meses	4 Meses	6 Meses	15 Meses	6 años	11 años	12 años	14 años
CALENDARIO NORMAL	DTP Hib HB Po MCC	DTP Hib Po MCC	DTP Hib HB Po MCC	DTPa Hib Po TV	DTPa Po TV	TV*	HB**	Td
	* Si no ha recibido 2 dosis antes ** Si no ha recibido 3 dosis antes							
	1.ª Visita	2.ª Visita a 2 m de 1.ª	3.ª Visita a 4 m de 1.ª	4.ª Visita a 15 m Edad	6 años	11 años	12 años	14 años
< 5 meses	DTP Hib HB Po MCC	DTP Hib Po MCC	DTP Hib HB Po MCC	DTPa Hib Po TV	DTPa Po TV	TV*	HB**	Td
	* Si no ha recibido 2 dosis antes ** Si no ha recibido 3 dosis antes							
	1.ª Visita	2.ª Visita a 2 m de 1.ª	3.ª Visita a 4 m de 1.ª	4.ª Visita a 15 m Edad ó 12 m de 1.ª	6 años	11 años	12 años	14 años
5 meses	DTP Hib HB Po MCC	DTP Hib HB Po MCC	DTP Hib Po MCC	DTPa Hib HB-Po MCC	DTPa Po TV	TV*	HB**	Td
	* Si no ha recibido 2 dosis antes ** Si no ha recibido 3 dosis antes							
6m-11m	DTP Hib HB Po Mening-C	DTP Hib HB Po Mening-C	DTP Po TV	DTPa Hib HB Po TV	DTPa Po			
12m-15m	DTP Hib HB Po MCC	DTP ó DTPa HB Po TV	DTPa Po	DTPa HB Po	DTPa Po TV			
16m-4 años	DTPa Hib HB Po MCC TV	DTPa HB Po	DTPa Po	DTPa HB Po	DTPa Po TV			
	1.ª Visita	2.ª Visita a 2 m de 1.ª	3.ª Visita a 4 m de 1.ª	4.ª Visita a 12 m de 1.ª	6 años	11 años	12 años	14 años
5 años	DTPa Hib HB Po MCC TV	DTPa HB Po	DTPa Po	DTPa HB Po		TV		Td
6 años	DTPa Hib HB Po MCC TV	DTPa ó Td HB Po	DTPa ó Td Hb Po	Td HB Po		TV		Td
	1.ª Visita	2.ª Visita a 2 m de 1.ª	3.ª Visita a 4 m de 1.ª	4.ª Visita a 12 m de 1.ª	Cada 10 años			
7años-18años	DTPa Hib HB Po	Td Po		Td Po	Td			
	TV MCC* *En nacidos >1991	Si tiene mas de 11 años poner 3 dosis de HB (0-1-6m)						
	1.ª Visita	2.ª Visita a 2 m de 1.ª	3.ª Visita a 4 m de 1.ª	4.ª Visita a 12 m de 1.ª	Cada 10 años			
> 18 años	Td Antigripal	Td			Td			

Calendario en uso del C.S. Palma Palmilla, Málaga., corregido²³. DTP- difteria, tétanos, tosferina completa. DTPa- difteria, tétanos, tosferina acelular. HB- hepatitis B. Hib- *Haemófilus Influenzae*. Meninc-C- *Meningococo* C. Po- Poliomiélitis oral. Td- Tétanos, difteria tipo adulto TV- riple víricas (sarampión, rubeola, parotiditis)
VHA- Hepatitis A, tres dosis a los 0m, 2m, 6m. Si no se ha puesto antes, una dosis entre los 13-16 años.

TABLA 7. V ADEMÉCUM®^{19,24}

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL. Medicación Extranjera*
Albendazol	<i>Eskazole</i> ® 400mg 60comp. <i>Zentel</i> ®*
Cloroquina	<i>Cloroquina Llorente</i> ® <i>Nivaquine</i> ®* <i>Resochin</i> ®
Dietil-Carbamacina (DEC)	<i>Banocine</i> ®* <i>Metrazan</i> ®*
Etambutol (E)	<i>Myambutol</i> ®
Isoniacida (H)	<i>Cemidón 150 B6</i> ®
Isoniacida + Rifampicina (R)	<i>Rifinah</i> ® 150/300
H +R+ Pirazinamida (Z)	<i>Rifater</i> ®50/120/300
Ivermectina	<i>Equalan</i> ®* <i>Ivomec</i> ®* <i>Mectizan</i> ®* <i>Stromectol</i> ®*
Mebendazol	<i>Banteno</i> ®y <i>Lomper</i> ®: 100mg 6 comp, Sup 100mg/5ml. <i>Mebendan</i> ® <i>Vermox</i> ®* <i>Oxitover</i> ® (comp, no en sup) y <i>Sufil</i> ®: 100mg 8 cáps, Susp 100mg/5ml. <i>Sufil 500</i> ® 500mg 30comp.
Mefloquina	<i>Lariam</i> ®*
Metronidazol	<i>Flagyl</i> ® 250mg 20 comp, Susp 4%. <i>Metronidazol Normon</i> ® <i>Tricowas B</i> ® 250mg 20 comp®
Pamoato Pirantel	<i>Lombriareu</i> ® <i>Trilombin</i> ®
Paramomicina	<i>Humatin</i> ®250mg 8 cáps, 125mg/5ml sol 30ml
Primaquina	<i>Neoquipenil</i> ® <i>Primaquine</i> ®*
Proguanil	<i>Paludrine</i> ®
Rifampicina	<i>Rifaldin</i> ® 300mg cap 600mg grag Susp 2%
Tiabendazol	<i>Mintezol</i> ®* <i>Triasox</i> ® 350mg 20cáps, 312.5/5ml
Tinidazol	<i>Tricolam</i> ® 500mg 4 comp

FIGURA 1.

TEST CUTÁNEO o Pellizco cutáneo (<i>Skin snips</i>)¹⁹.	
<p>Se trata de una prueba para la búsqueda de microfilarias en piel (oncocercosis). Se toman cuatro muestras en cintura pelviana, preferentemente en zona glútea (dos muestras de cada nalga) sobre todo en zona de Presbidermia, si la presenta. En otras ocasiones se pueden tomar de cada cresta iliaca. En hispano-Americanos, de ambas regiones escapulares. No se utiliza anestesia local.</p>	
	<p>1 Una vez limpia la zona con agua oxigenada; con una mano mantener a tensión la zona de piel elegida; con la otra introducir en epidermis una aguja intramuscular con bisel hacia arriba.</p>
	<p>2 Una vez el bisel en la epidermis atravesarla deslizando la aguja lo más paralelamente posible a la piel, incluso tomando una dirección levemente ascendente.</p>
	<p>3 Manteniendo la piel tensa traccionada por la aguja, con un bisturí tocando la superficie de la aguja, se desliza bajo ella, cortando así tan solo la zona de piel sobre la aguja.</p>
	<p>4 Se optiene de este modo una muestra de epidermis, evitando el sangrado para que no se contamine de sangre.</p>
	<p>5 Introducir la muestra en suero fisiológico. Guardar hasta cuatro muestras así obtenidas en el bote de suero fisiológico. Mandarlo al laboratorio, solicitando la búsqueda de microfilarias en piel.</p>

ABREVIATURAS Y SIGNOS UTILIZADOS EN: Asistencia a inmigrantes en Consulta de Atención Primaria: Protocolo de Actuación.

- A = Anamnesis y exploración.
- AP = antecedentes personales.
- BAAR = Bacilo ácido alcohol resistente.
- BCG = Vacuna tuberculosis.
- B12 = vitamina B12
- BI = Bilirrubina indirecta.
- D = Dosis
- d = Día
- 1D = Monodosis
- DD = Diagnóstico diferencial.
- DTP = vacuna difteria, tetanos, tosferina complet.
- DTPA = vacuna difteria, tétanos, tosferina acelular.
- E = Etambutol
- EEII = Extremidades inferiores.
- EO = Eosinofilia.
- EES = Extremidades superiores.
- ETS = Enfermedades de transmisión sexual.
- Fe = Hierro.
- GOT GPT = Enzimas Hepáticas.
- G6PDH = Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
- h = Horas.
- H = Isoniacida
- Hb = Hemoglobina.
- HB = Vacuna hepatitis B.
- Hib = vacuna Haemófilus influenzae.
- HRB = Hiperreactividad bronquial.
- HZRE = isoniácida rifampicina paracinamida etambutol.
- Ig = Inmunoglobulina.
- LBA = Lavado broncoalveolar.
- LUES = Sífilis.
- MCC = vacuna meningococo C
- mcg = Microgramos
- mg = Miligramos.
- mm = Milímetros.
- Mu = Mil unidades.
- NNN = Novy-Mac-Neal-Nicolle
- P = Plan de actuación inicial.
- PAAF = punción aspiración con aguja fina.
- PC = Pruebas Complementarias.
- Po = vacuna polio oral
- PPD = Tests dermoreacción a TBC.
- P10 = Documento de Consulta y Hospitalización.
- RX = Radiología.
- R = Rifampicina
- Sc = Subcutánea.
- Sd = Síndrome.
- T.º = Temperatura.
- TBC = Tuberculosis.
- Td = vacuna tétanos y difteria tipo adulto
- TITL = Tratamiento Infección Tuberculosa Latente.
- Tto = Tratamiento.
- TV = vacuna triple vírica.
- VIH = Virus de la inmunodeficiencia humana.
- VSG = Velocidad de sedimentación glomerular
- Z = Piracinamida
- (-) = Negativo
- (+) = Positivo

A DEBATE

Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas

Gálvez Ibáñez M¹.

¹ Médico de Familia.

I. ASPECTOS CONCEPTUALES

Si se revisa la literatura puede encontrarse que se suelen emplear varios términos cuyo uso debe delimitarse bien para evitar posibles confusiones:

Longitudinalidad

Entenderemos por Longitudinalidad (en palabras de Bárbara Starfield): «Presencia y utilización de una fuente asistencial regular a lo largo del tiempo» o la relación personal a lo largo del tiempo con independencia de cualquier tipo de problema, o de su estadio evolutivo, y aún la ausencia de problema de salud. Como consecuencia se produce una relación de confianza, y el paciente identifica a «su médico» o a su fuente de cuidado habitual.

La *Longitudinalidad* se evaluaría preguntando a los usuarios si conocen el nombre de su médico, es decir, si identifican la fuente habitual de atención.

Continuidad

Martín Zurro: «Atención a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario)».

Starfield: «Secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de información».

La Continuidad Asistencial tiene 4 dimensiones fundamentales (Hennen, 1997):

1. Cronológica: atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad.

2. Geográfica: El médico más cercano a las personas. Atención a domicilio.
3. Interdisciplinaria: no fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno.
4. Interpersonal: Relación médico-paciente, relaciones con la familia del paciente y relaciones interprofesionales.

(Brian Hennen, es jefe del departamento de Medicina de Familia en la Universidad de Western Ontario en Canadá.)

Podría haber *Continuidad* sin *Longitudinalidad* si la atención fuese prestada por diferentes profesionales a lo largo de las diferentes etapas de la vida, diferentes padecimientos, gravedad de los mismos o lugares de atención, a condición de que esos profesionales trabajasen coordinadamente y compartiendo los mismos objetivos.

Podría decirse que Continuidad Asistencial sería una, o varias, longitudinalidades coordinadas.

Coordinación

Starfield: «Integración de todos los servicios relacionados con la salud con independencia del lugar en que se reciban». El indicador usado por Starfield para medir la coordinación dentro de un servicio de salud es: ¿existen normas escritas sobre la manera de proceder a una interconsulta entre el MF y los especialistas que se consideren?

Integralidad

- No diferenciación por órganos y aparatos. La persona, no sus órganos o aparatos, como motivo de la atención. No fragmentación de la atención.
- No diferencias entre lo físico y lo psíquico.
- Atención al individuo a la familia y a la comunidad.
- Atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

Continuidad asistencial y plan de calidad de la Consejería

Se entresacan a continuación algunos de los párrafos en los que se cita la «continuidad asistencial» en los documentos del plan de calidad:

«La **Continuidad Asistencial** más que la simple coordinación, es una **visión continua y compartida del trabajo asistencial** en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el ciudadano».

Este concepto de Continuidad, que coloca al ciudadano y no a uno de sus padecimientos en el centro de la definición, necesariamente asume el concepto de Integralidad en la misma.

«No se trata de una Coordinación, sino de una **Continuidad Asistencial**, en la que lo más importante es el resultado final en calidad y eficiencia»

Considera, literalmente, que «la **Continuidad Asistencial** se constituye en el criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.»

Entre los beneficios para los **ciudadanos** dice textualmente: «La **Continuidad Asistencial** que ofrezca una **atención integral**, con una única entrada del ciudadano y una única salida del mismo, que representa la satisfacción de sus necesidades en materia de salud.»

Entre las ventajas para los **profesionales** dice: «La **Continuidad Asistencial** favorece la relación médico-paciente y la satisfacción de ambos»

«La **Continuidad Asistencial** es el elemento que garantiza la calidad que el SSPA quiere dar». (Plan de Calidad, Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza)

«Desde que un ciudadano entra en contacto con el sistema sanitario hasta que se solucione (1) su problema de salud, todos los aspectos, momentos, medios, lugares y profesionales que intervienen se integran en un único proceso asistencial, en el que la **Continuidad Asistencial** es el criterio clave y determinante para la organización, las formas de trabajo y la formación de los profesionales». [(1) suposición no siempre cierta.]

Reflexión: Continuidad Asistencial es un concepto. El desarrollo de un único *Proceso Asistencial*, es —puede ser— una expresión concreta de ese concepto mucho más amplio. Los procesos asistenciales deben estar regidos por el principio de la Calidad Asistencial.

A la luz del la revisión anterior a continuación se aportan algunas posibles definiciones de **CONTINUIDAD ASISTENCIAL**:

1. Proceso de atención a las personas, o a sus padecimientos, ininterrumpido y coordinado.

2. Característica de la atención sanitaria que se presta de una manera coordinada en cualquier nivel del sistema sanitario e ininterrumpida a lo largo del tiempo.

3. Característica del conjunto de intervenciones que aseguran una atención lo más coordinada posible a las personas que contactan con el Servicio de Salud.

II. EVIDENCIAS EMPÍRICAS SOBRE LAS VENTAJAS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Las evidencias empíricas avalan que los países que tienen una APS de salud más fuerte [Atención de Primer Contacto (necesidad de ser remitido por el MF para poder visitar al especialista) mayor Longitudinalidad (mismo médico o equipo de salud a lo largo del tiempo), mayor Integralidad (única fuente de atención —curativa, preventiva, rehabilitadora— para cualquier cuidado a prestar en primera instancia), mayor Coordinación (interrelación entre todos los que proporcionan atención en cualquier momento, en cualquier lugar), mayor orientación hacia la Atención a la Familia y mayor Orientación Comunitaria] presentan:

- Mayor satisfacción de los usuarios
- Menores costes económicos
- Mejores resultados en salud
- Más equidad (menores desigualdades en salud)

Vicente Ortún nos aporta la demostración matemática (Bayesiana) aplicada al campo de la salud de que un aumento de la probabilidad preprueba, lleva implícita un aumento de la probabilidad postprueba, o lo que es lo mismo, si el primer nivel asistencial gana en capacidad científico-técnica y deja pasar al segundo nivel los casos de mayor probabilidad de padecer una enfermedad importante (papel de filtro), la eficiencia de todo el sistema de salud se ve multiplicada: «Supongamos que los médicos generales aumentan la probabilidad de la enfermedad en los pacientes derivados a los especialistas del 1 al 10%. Y aceptamos que estos emplean pruebas de sensibilidad 95% y especificidad 90%. El valor predictivo positivo pasa del 8,7% al 51,3%» (Ortún, 1998). Lo anterior lleva unas implicaciones en los costes de la atención de una cuantía extraordinaria.

«La cualidad que permite valorar a muy bajo coste probabilidades previas es la Longitudinalidad de la atención, o en su defecto la continuidad basada en una historia clínica compartida de calidad» (Ortún 1996, Ortún 1998, Roser 1996).

Dada su ubicación dentro del sistema y las características que le son propias (anteriormente expuestas) el Equipo de Salud de APS debe ver reconocido de una manera explícita su papel de garante de la coordinación y con-

tinuidad asistencial de los ciudadanos. El Médico de Familia —el pediatra de APS en su grupo etario—, deben ver reconocido su papel de coordinador en la atención a las personas y familias de su cupo.

Los problemas de salud deben ser abordados en el nivel más eficiente, en el ámbito de la APS, para ello debe ubicarse en la misma los recursos (diagnósticos, terapéuticos, formativos) que hagan posible la premisa en la que se basa la afirmación precedente.

Los profesionales más eficientes para prestar la asistencia sanitaria a nivel domiciliario son los integrantes de los Equipos de AP.

III. REQUISITOS PARA UNA ADECUADA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En la tabla 1 se ha tratado de identificar a los actores implicados en la continuidad asistencial y las posibles situaciones de amenaza a la misma.

A continuación se expone, a modo de lo que bien podría haber sido una tercera columna en la tabla, una propuesta de alternativas a las situaciones de amenaza o de debilidad detectadas.

En primer lugar, una buena relación médico paciente es la base que asegura la continuidad asistencial. Todas las medidas encaminadas a favorecer esta relación serán positivas.

El primero que toma una decisión sobre su propia salud es el paciente, también toma decisiones sobre lo que su médico le aconseja (toma o no la medicación, se hace o no determinadas pruebas, acude a la consulta del especialista adonde se le remitió para consulta de un problema, etc). También la familia influye y sin duda también, el entorno en el que se mueve el paciente. Todos ellos deben de ser objeto de nuestra atención desde el punto de vista de la continuidad de la atención, ellos pueden romperla en ocasiones con resultados graves.

Hemos de recuperar las intervenciones encaminadas a favorecer el *empowerment*, la capacitación de los pacientes para tomar responsabilidad sobre su propia salud.

Sería deseable la creación de una comisión de ámbito andaluz con el fin de recolectar las diferentes hojas que se entregan a los pacientes en los diferentes centros de salud. Esta comisión intentaría reelaborar unas hojas informativas consensuadas y adaptadas a nuestro ámbito. Esta información, podría estar disponible en Internet y accesible desde la historia clínica electrónica de Andalucía (DIRAYA)

Debería contar entre los derechos y deberes de los pacientes crónicos el disponer de un documento escrito (en papel o informático) actualizado en donde contasen sus

datos clínicos mas relevantes (diagnósticos, alergias) así como su medicación de consumo habitual. Este documento actuaría a modo de *historia clínica portátil* en todos sus desplazamientos (vacaciones, balnearios, viajes del INSERSO, desplazamientos a, o desde, otras comunidades autónomas). De gran interés para los ancianos que rotan periódicamente con diferentes hijos y en los casos de urgencia. No basta el DIRAYA (¿puede el DIRAYA mover 8 millones de historias con toda la información de APS y hospital?). Este documento (al modo de la carpeta del inmigrante) debería ser promovido y hecho obligatorio con cierta urgencia.

Identificación de cada usuario potencial (todos los nacidos) de una manera única e inequívoca desde el nacimiento. Ese número (DNI al nacimiento y para toda la vida) acabaría con tantos números diferentes para identificar a una misma persona (DNI, n.º SS, NAS, NUS, n.º de historia en APS, n.º de historia en el hospital). En todos sitios una misma persona, y sus documentos personales (historia clínica) serían reconocidos con el mismo número.

En APS, entre los médicos y enfermeros, debe incentivarse notoriamente la permanencia en la misma plaza, atendiendo a los mismos pacientes (misma clave médica). Longitudinalidad de la atención.

El pago de los trienios seguiría según el número de años trabajando en la institución, pero para moverse del lugar de trabajo, propongo que cada año trabajado valga tantos puntos como la frecuencia acumulada de los años trabajados atendiendo al mismo cupo: el primer año un punto, el segundo dos, el tercero 3, etc. Al cambiar de plaza (clave médica) se volvería a empezar desde uno.

Debe quedar explícito que el centro coordinador de la asistencia a los ciudadanos es su Equipo Básico de Salud, y dentro del mismo, su Médico de Familia (o pediatra en las edades correspondientes). Debe promocionarse que, aún en los casos de posible urgencia, se avise en primer lugar a su centro de salud y éste valorará si avisar o no al 061, y no al revés.

Sistema de registro (historia clínica) única y consultable desde cualquier punto, por el personal autorizado para ello. Garantía de confidencialidad.

Dentro del EAP, todo contacto de un paciente con el servicio debe quedar reflejado.

Garantía de que todos los sustitutos manejan la historia clínica informática. Importantes rupturas de la continuidad en caso contrario. Debe elaborarse a nivel de cada distrito, centro de salud y consulta, una hoja, u hojas, que contengan toda la información relevante para asegurar la mayor continuidad a los pacientes (donde se deriva en ese centro de salud a los pacientes, donde se hacen las Rx, etc).

Sin paliativos: Las UCC deben poder elegir a sus sustitutos. Valorar también si cualquier centro de salud.

Las solicitudes de cambio de médico o nuevas adscripciones deben ser atendidas en cualquier momento del día y con una sonrisa.

Dentro del equipo el uso de DIRAYA en todos los contactos de los usuarios en cualquier punto del sistema de salud facilitará la coordinación y continuidad asistencial, y por tanto la calidad de la atención prestada.

Diraya debe permitir dejarse *reminders* o «*Post-it*» *informativos*, que aparezcan en primer plano en pantalla cada vez que se acceda a la historia de cualquier usuario. En papel siempre lo hemos hecho y DIRAYA debe permitirlo. Ejemplos: «no olvidar preguntar por su hija la próxima vez que venga», «insistírle en que beba un poco menos», «no entregar mas partes de baja» «valorar alta», etc. Son muy necesarios para uno mismo, para el residente, para los sustitutos, para la enfermera, para el médico.

DIRAYA debe permitir pasar de un miembro a otro de la familia de un modo ágil, sin tener que volver a entrar para cada uno de ellos. La familia es una unidad de atención.

No a las enfermeras/os comunitarias/os o de enlace ajenas al equipo. Integración total como una/o mas y que el/la adjunto/a de enfermería y el/la directora/a cumplan su papel.

Consensuar el trabajo con los fisioterapeutas y matronas si los hay.

Comunicación muy fluida (rápida y directa) con los dispositivos de apoyo, tanto clínicos (ETS, odontólogos, ESM, DCCU) como epidemiológicos (epidemiólogo, veterinario, farmacéutico). Información fluida en ambos sentidos: no debe seguir ocurriendo que el estudio de una toxoinfección alimentaria en fin de semana, o la mala calidad del agua de bebida de una zona no se comunique al médico o equipo de salud de la zona donde ocurrió.

Los DCCU (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias) en APS deben de utilizar la misma historia clínica.

Atención Primaria de Salud es la atención de primer contacto, sin filtros. Todo lo que sea eso, atención de libre acceso por los ciudadanos, debe quedar regida por el nivel pensado para ello, en Andalucía, los distritos.

Los SCCU (Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias), de acceso directo por parte de los ciudadanos, en Andalucía están a cargo del servicio hospitalario que, conceptual y en la práctica, se encuentra menos entrenado para entender los motivos de la demanda de libre acceso, los servicios de Cuidados Críticos y los especialistas en Medicina Intensiva. Mas del 90% de las consultas «urgentes» en los SCCU se devuelven a APS tras una intervención técnica (anamnesis, exploración y pruebas complementarias) al alcance del médico de familia.

Es mucho mas eficiente que el hospital no sea de acceso directo, no se saben manejar con estadios precoces de la historia natural de las enfermedades, los tratan como enfermedades ya establecidas, sólo saben manejarse con diagnósticos y no con dolencias, todo lo anterior agravado cuando son atendidos por R1 con escasa supervisión. La demostración en la práctica de la falta de adecuación de la adscripción organizativa de los SCCU a los Servicios de Medicina Intensiva, es que ellos mismos prefieren contratar a los especialistas en la cotidianeidad, a profesionales pluripotenciales y resolutivos, a los Médicos de Familia.

Por tanto, en aras a la mejor coordinación y continuidad, deben distinguirse dentro de los SCCU: 1. la atención a los pacientes remitidos por un médico de familia o EPES, que son nítidamente para un servicio hospitalario de Urgencias —mejor en manos de internistas, los generalistas del hospital— y cuya respuesta debe darla siempre un adjunto hospitalario, y 2. los pacientes de acceso directo que deben ser atendidos, como los son actualmente, por médicos de familia (los más entrenados para actuar de puerta de entrada al sistema de salud) bajo la dependencia de los servicios de Atención Primaria, los distritos.

Que las dependencias, el espacio físico, donde se lleve a cabo la atención a los pacientes de acceso directo se ubiquen, o no, en una parte del edificio de un hospital, en un anexo al mismo, o fuera de él, es un tema menor. Lo importante es la dimensión conceptual, la eficiencia y la coordinación del sistema. Y es que hay especialistas entrenados en atender enfermedades concretas y especialistas entrenados en atender a personas, personas que refieren molestias. Esas molestias pueden corresponderse, o no, con enfermedades que encabezan los capítulos de los libros de texto clásicos. No es lo mismo desde el punto de vista de la eficiencia del sistema, ni de la continuidad y coordinación de la atención, que unos especialistas atiendan a unos u otros pacientes, o que los servicios se organicen o se dirijan por unos u otros especialistas.

Las gran mayoría de las urgencias hospitalarias sólo tienen de hospitalarias el hecho de que su atención se lleva a cabo en el mismo edificio en el que se encuentran las camas hospitalarias. Otro tanto le ocurre a los servicios que proporcionan los resultados a las pruebas complementarias (laboratorio, o pruebas de imagen) solicitadas por los clínicos, bien trabajen en el hospital o fuera de él. En este caso también sólo tienen de servicios «hospitalarios», el hecho de situarse históricamente en los edificios del hospital.

El laboratorio y el servicio de radiología son servicios de apoyo a la actividad clínica, a los pacientes, con independencia de donde trabaje el médico que les atiende. Pueden seguir, sin la menor duda, estando ubicados en los hospitales, lo importante es que los médicos de atención

primaria, los responsables de la APS (Distritos) entendamos y hagamos entender los conceptos. Si los conceptos quedan reflejados en un organigrama, tanto mejor.

La ubicación de vieja o nueva tecnología en uno u otro lugar, al alcance de unos o de otros, no es una cuestión técnica, es una cuestión de poder y así se entiende en los hospitales. Basta con ver sus reacciones cuando solicitamos mas pruebas complementarias a disposición de la APS, del Médico de Familia (anticoagulación, espirometría, gasometría, TAC, Ecografía), bien sea como acceso a su solicitud o a su uso.

Dicho lo anterior, en APS necesitamos centros diagnósticos integrados, en el espacio y en el tiempo. No podemos defender lo expuesto previamente si nuestros pacientes tienen que ir a sacarse sangre a un sitio, a hacerse la RX a otro, a otro la espirometría o el ECG. Y todo ello en horarios difícilmente coordinables e incompatibles con la vida cotidiana de nuestros pacientes en activo (amas de casa de cualquier edad y trabajadores/as). Hasta ahora hemos tenido un Servicio Público de Salud diseñado para las *clases pasivas*. Los pensionistas sí disponen de todo el tiempo del mundo. Pero incluso muchos pensionistas deben ser acompañados por familiares en activo cuando acuden para realizarse la mayoría de las pruebas.

Esos servicios diagnósticos integrados deben ser diferentes, o los mismos, que prestan sus servicios a las urgencia hospitalarias, pero no debe hacer falta que los pacientes pasen por la puerta de urgencias, ni que sean evaluados por nadie mas que su médico de familia. A día de hoy cuando los médicos de familia necesitamos disponer de una radiografía, analítica, espirometría y gasometría de uno de nuestros ancianos postrados a domicilio, solo tenemos la alternativa de remitirlos a «urgencias».

Obviamente el Médico de Familia (MF) en algunas ocasiones precisa del apoyo técnico puntual en la evaluación de un paciente o en interpretación de alguna prueba. En esos casos la telemática o el acceso rápido a especialistas de referencia deben de ayudar en aras de una mejor atención a los pacientes.

RELACIONES INTERNIVELES:

A. CONSULTAS HOSPITALARIAS

- Especialistas consultores de referencia con nombre y apellidos por centros de salud. Fijación de días, horarios, medios de contacto.
- Libre elección de especialista y que tengan **mucho** que ganar en ser los elegidos (carrera profesional, incentivos)
- Asegurar cauces fluidos de comunicación (telefónica, telemática).

B. HOSPITALIZACIÓN:

- Comunicación al MF, del médico responsable hospitalario tras el ingreso y vías de comunicación con el mismo.

- Que en la historia clínica hospitalaria figure también el nombre y teléfono de contacto de su MF como el segundo médico responsable de la atención al paciente mientras está en el hospital.

- Mayor auge del internista responsable. El resto de los especialistas podrían ser considerados como tecnólogos al servicio del internista. El hospital ganaría en eficiencia (teorema de BAYES) si todos los pacientes no quirúrgicos, no pediátricos y no afectos de patología ginecológica, fuesen asignados a internistas (al generalista del hospital, al que puede contar con el sentido común que da la visión del conjunto).

- Un buen informe de alta por escrito (breve, preciso y conciso: juicio clínico, tratamiento/plan de cuidados) debe llegar con el enfermo a su domicilio obligatoriamente.

AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN APS

Sólo es posible una aceptable continuidad asistencial con una AP con gran **capacidad resolutive**. Para ello se precisan recursos:

1. Tiempo:

1.a. Aceptables ratio de pacientes por médico

1.b. Liberación de tiempo para la actividad clínica

- Receta XXI

- No a los partes de confirmación en las IT, solo baja, duración estimada, alta y justificación, en su caso, de una duración superior a la estimada.

2. Recursos diagnósticos y terapéuticos accesibles a los médicos que realizan su labor allí donde la gente con síntomas, los enfermos o las personas que los cuidan, realizan su vida cotidiana.

2.a. Recursos en personal

Aumentar el n.º de administrativos de calidad.

3. Capacitación:

3.a. Pregrado: es preciso involucrar a las facultades de medicina. Es una lacra para todo el sistema tener que dedicar meses ¿años? de formación de postgrado en suplir las deficiencias del pregrado.

3.b. Postgrado: es preciso involucrar a las UDD de MFyC y a las comisiones de docencia hospitalarias. Ellas forman a los médicos que van a atender a los andaluces en las próximas décadas. Debe quedar explícito qué se espera de ellas, qué características *andaluzas* (nuestra cartera de servicios) esperamos de los profesionales que forman).

3.c. Se debe ser mas exigente con la FMC (Formación Médica Continuada). Debe penalizarse a quienes entienden la hora de la sesión clínica como una oportunidad para llegar una hora mas tarde o salir una hora antes. Más exigentes con las asistencias a cursos, congresos,

etc. Su asistencia debe obligatoriamente revertir en el equipo. La FMC de calidad acreditada debe pesar en la carrera profesional.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

En otro orden de cosas, es necesario mantenerse vigilante ante las ofertas para romper innecesariamente la integralidad y/o la continuidad de la atención (geriatras en AP, «hospitalizaciones domiciliarias» atendidas desde el hospital, equipos de cuidados paliativos que actúan en paralelo con los EAP).

Debe definirse el domicilio como un ámbito de intervención sanitaria específico del EAP y por delegación de quien el miembro más capacitado del equipo considere. En algunos distritos un supuesto centro coordinador es quien recibe todos los avisos a domicilio de su área de influencia y éste centro decide intervenir directamente o manda (del verbo mandar) al médico de familia al domicilio. El mundo al revés. La descoordinación.

Actividad de las Mutuas:

A veces las mutuas realizan pruebas o remiten a los pacientes a sus propios servicios de rehabilitación sin que se entere el MF del paciente. Es preciso que tengan la obligatoriedad de comunicarlo a su MF.

Coordinación con los diferentes Servicios Sociales Comunitarios

Asistimos a una desordenada, y en ocasiones desconocida, oferta de servicios sociales, en algunas ocasiones con intervención de colegas de una manera descoordinada con la fuente habitual de cuidados, su MF. Se impone el conocimiento de «el otro» y la coordinación.

Coordinación con las oficinas de farmacia de la zona

¿Integrarlas funcionalmente como un recurso de salud de la zona? Son y deben ser pieza clave en la adherencia y control del tratamiento. Eso es continuidad asistencial también. ¿Reuniones periódicas? ¿cuánto de figuras legales independientes al servicio de salud al que prestan colaboración son?

Coordinación con otros médicos realizadores de exámenes e informes.

- Exámenes médicos de empresa
- Exámenes médicos a deportistas
- Examen médico para el carnet de conducir
- Examen médico para cazadores
- Examen médico permiso de armas

El RD 63 de 1995 (BOE n.º 35 de 10 de febrero de 1.995) sancionó la exclusión de los correspondientes exámenes médicos previos a la emisión de algunos de los certificados citados, con lo que se pierde una valiosa información sobre pacientes (varones en edades medias) en posible

riesgo: tabaco, alcohol, riesgos laborales, de los que se suele tener muy poca información y capacidad de influencia. Se propone la coordinación con los centros emisores de estos certificados de manera que queden obligados a pasar copia de sus exámenes médicos al centro de procedencia del paciente. Cabría plantearse la devolución de estas competencias a los EAP, por supuesto dotando a este nivel asistencial de los recursos que compensasen al asunción de dichas tareas.

En los casos de otros médicos que prestan asistencia (balnearios, asilos, etc.) e incluso médicos privados y ofertas de medicina alternativa de la zona, se impondría la coordinación en los casos en que, ante razones de peso, el EAP lo considerase.

Todo médico debería disponer de un correo electrónico en el servicio o centro donde trabaja.

Bibliografía

- Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- Ortún Rubio V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p.349-357.
- Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19:131-134.
- Starfield B. ¿Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001.
- Coordinación de la Atención. En: Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001. p. 233-267.
- What Types of Physicians Should Provide Primary Care? En: Starfield B. *Primary Care. Concept, Evaluation and Policy*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 135-149.
- Hennen B. Continuidad y alcance de la atención por médicos de familia. En: Gómez Gascón T, Ceitlín J. *Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC; 1997. p. 24-28.
- Calnan M, Coyle J, Williams S. Changing perceptions of general practitioner care. *European Journal of Public Health* 1994; 4: 108-114.
- Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia. En: McWhinney IR. *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma; 1995. p. 44-73.
- Gálvez Ibáñez M. Bases Conceptuales de la Medicina de Familia. *Revista Chilena de Medicina Familiar* 2000; 1: 34-41.
- Vuori HV. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Aten Primaria* 1983; 0: 3-4.
- Jung HP, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patient's preferences and evaluation regarding aspects of general practice care. *Fam Practice* 2000; 17: 236-242.
- Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de Familia. En: Gómez Gascón T, Ceitlín J. *Medicina de Familia: Clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC/CIMF; 1997. p. 88-98.
- OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: SEMFYC, 1996.
- Roser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42: 139-144.
- Povar GJ. Primary Care: Questions raised by a definition. *J Fam Pract* 1996; 42: 124-128.
- Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice. Time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-357.

TABLA 1. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES IMPLICADOS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE SITUACIONES DE AMENAZA A LA MISMA

Actores	Situación de amenaza
I.A. El propio individuo Su familia y cuidadores	– Condicionantes culturales (no iniciar o interrumpir la atención) – Movilidad geográfica (autóctonos o migrantes: in ó e-migrantes)
I.-Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA) o con convenio con el mismo I.B. Atención Primaria **** PERSONAS I.B.1. Equipo Atención Primaria Médico de Familia- Médico de Familia Solicitud de cambio de médico Entre los médicos de familia Guardias Sustituciones entre compañeros Tutor y residente Refuerzos Sustitutos ajenos al equipo	Cambios de médico titular Algunas trabas para el cambio pueden detectarse todavía Ausencia de constancia del contacto con el sistema de salud Diferentes maneras de usar la herramienta (codificar, siglas, etc.)
Pediatra – Médico de Familia	Ausencia de discusión de casos
Matrona Trabajadora social (dentro del equipo) Enfermera Del equipo Enfermeras comunitarias (si las hubiese)	Desconocimiento de la labor del otro
I.B.2. Médicos de AP ajenos al equipo de AP propio Médicos de otros EAP (anciano que rota con los hijos) Médicos de MUFACE, ISFAS (en municipios < 20.000 habitantes)	Ausencia de información que garantice la continuidad
I.C. Dispositivo de Apoyo I.C.1. Clínico – Fisioterapeuta – Odontólogo – ETS – DCCU – SCCU (**) Situación ideal aquí I.C.2. Epidemiológico Epidemiólogo del Distrito Veterinario del Distrito Farmacéutico del Distrito	Ausencia de protocolos o criterios de derivación consensuados. – Toxoinfección alimentaria en fin de semana – Control antropozoonosis, prevención, actuación coordinada ante brotes – Brote infección hídrica – Resultado de análisis de muestras y/o inspecciones

**** RECURSOS	
Recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del médico de AP que aseguren una alta capacidad resolutive	Si no se dispone de los mismos, el paciente habrá de ser derivado a otro nivel para estudio con la consiguiente pérdida de continuidad
Capacitación en el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del médico de AP	Si los recursos están al alcance pero no se sabe hacer uso de ellos, de nada sirven
Disponibilidad de TIEMPO para el uso de los recursos	Sin tiempo para el paciente, todo es discontinuidad
COORDINACIÓN PRIMER / SEGUNDO NIVEL	
I.D. Segundo nivel: I.D.1. Urgencias (SCCU) (**)	SCCU: cuando el MF deriva al paciente SCCU = DCCU cuando el paciente acude de <i>motu proprio</i>
I.D.2. Diferentes especialidades I.D.2.a. CONSULTA I.D.2.b. HOSPITALIZACIÓN	
I.D.2.c. Las “hospitalizaciones domiciliarias”	Cuidados paliativos que van por libre Unidades del dolor Cirugía de alta precoz Demandas de la geriatría
I.E. EPES / 061 (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias)	Es el MF o pediatra el que llama al 061 y no al revés (concepción del Equipo de APS como centro coordinador y al médico de familia como coordinador general)
I.F. Diferentes Inspecciones I.F.1. de la SS (en Andalucía: Consejería de Salud) (UVMl) I.F.2. del INSS (EVI)	Solicitud de pruebas, de informes Indicación de Rehabilitación con medios propios, etc.
I.F.3. Mutuas	Solicitud de pruebas, de informes Indicación de Rehabilitación con medios propios, etc.
II. Dependencias diferentes al SSPA	
II.A. Servicios Sociales Comunitarios con dependencia diferente al SSPA (Cruz Roja: teléfono de botón, diputaciones, ayuntamientos, FAISEM, URA, casas de acogida, “hospitales de día”)	Descoordinación.
II.B. Atención prestada en otras comunidades autónomas o países	Desplazados, trabajadores temporales,
II.C. Oficinas de Farmacia	Mensajes contradictorios
II.D. OTROS MÉDICOS REALIZADORES DE EXÁMENES E INFORMES – exámenes médicos de empresa – exámenes médicos a deportistas – examen médico carnet de conducir – examen médico para cazadores – examen médico permiso de armas	Pérdida de información relevante a personas en riesgo que perdemos con gran facilidad: los varones de edades medias de la vida. La situación actual es de descontrol, de absoluta descoordinación.

<p>II.E. Otros médicos que prestan atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asilos - Balnearios - Casas de acogida - Cruz Roja u otras organizaciones (Inmigrantes) 	<p>En ocasión es con criterios muy diferentes a los propugnados desde el SSPA</p>
<p>II.F. Medicinas alternativas presentes en la zona</p> <p>Herbolarios y médicos naturistas, parafarmacias, acupuntores, homeópatas, otros.</p>	<p>Posibles interferencias (paciente que abandona un tratamiento, o no acude a las citas por esta causa, etc.)</p>
<p>II.G. Medicina Privada</p>	<p>En algunas ocasiones se trata de especialistas que también trabajan para el SSPA</p>

DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, **SCCU:** Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, **SSPA:** Servicio Sanitario Público de Andalucía, **URA:** Unidad de Rehabilitación de Área, **FAISEM:** Federación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, **UVMI:** Unidad de Valoración Médica de Incapacidades, **EVI:** Equipo de Valoración de Incapacidades del **INSS** (Instituto Nacional de la Seguridad Social), **MF:** Médico de Familia, **ETS:** Enfermedades de Trasmisión Sexual, **MUFACE:** Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado. **ISFAS:** Instituto Social de las Fuerzas Armadas, **APS:** Atención Primaria de Salud, **EAP:** Equipo de Atención Primaria.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Permiso, nos queremos presentar. Un Sistema de Salud Público, en la Argentina, que funciona

Inchaurregui L¹.

¹ Médico de Familia del Hospital «Gregorio Álvarez», Chos Malal, Norte Neuquino, Patagonia Argentina.

Introducción

Soy Médico de Familia del Sistema Público de Salud de la provincia del Neuquén, Patagonia Argentina.

En Agosto de 2002, decidí viajar a vuestro país con el fin de conocer el Sistema de Salud Público español, desde adentro. Y acá estoy, a un mes de mi llegada y luego de haber visitado Madrid, Canarias (El Hierro y Tenerife), Ibiza, Valencia y Granada, me pareció oportuno presentar en sociedad a nuestro Sistema de Salud, que se asemeja y mucho al de ustedes, en lo que hace a sus fundamentos filosóficos, Sistema de Financiación, etc.

Datos demográficos y geográficos ¹

La provincia del Neuquén se halla situada en el Noroeste de la Patagonia Argentina, tiene una superficie de 94.078 km². La distancia entre la capital de la provincia, también llamada Neuquén, y la Ciudad de Buenos Aires es de 1164 Km. Predomina el clima seco, con fuertes vientos en las primaveras. La región más lluviosa es la del sur o de los grandes lagos y bosques, en donde el promedio de agua caída es de 631 mm/año. A raíz de esta diferencia se distinguen distintos tipos de regiones fitogeográficas: estepa patagónica, bosques subárticos, estepa del monte y estepa alto andino. Tiene una importante red hidrológica. Son dos ríos la que la conforman; el Neuquén y el Limay, que nacen desde el sur y del norte respectivamente.

Ambos ríos contribuyen a la red de Represas Hidroeléctricas, que en total son 6, hasta 1999. A la fecha de hoy, hay 2 más en estudio.

Esta provincia presenta el pico más alto de la Patagonia, el volcán Domuyo, con 4800 mts., y tiene 41 picos (entre cerros y volcanes) más, que superan los 2200 mts.

La población total es de 506.726 habitantes, de acuerdo al censo de 2001. La tasa de crecimiento de la misma en la década de 1980-1990, fue del 45.2%, mientras que la del resto del país fue de 14.7%. Esto se viene repitiendo desde hace 30 años.

Tiene una base piramidal, de base ancha ¹.

El 32% tiene entre 0 y 14 años.

El 62.5% tiene entre 15 y 64 años.

El 4.5% tiene más de 65 años.

Otros índices son:

Somos el 1.5% de la población total del país.

La densidad es de 6 hab/km².

La tasa global de fecundidad (hijos por mujer): 2.9.

La relación de ancianos / niños es de 14.3%.

Breve reseña de la historia reciente

Esta provincia dejó de ser Territorio Nacional, en 1958. Su primer gobierno elegido por el voto popular fue en 1962, ya que antes se designaba desde el Poder Ejecutivo Nacional.

Desde entonces, gobierna el Movimiento Popular Neuquino, que en su momento surgió, como una alternativa, a los partidarios del partido Peronista, que por entonces se hallaba, proscrito.

Claro está, no gobernó siempre, ya que la historia de la Argentina, rica en golpes de estado hizo que la interrupción de la constitucionalidad, fuera una constante. Pero, si cabe destacar, que desde 1983, gobiernan sin interrupción. La provincia tiene su mayor fuente de ingresos en las regalías producidas por el petróleo y el gas. Se extrae allí, aproximadamente el 50 % de lo extraído en todo el país. Además debo recordar, que hay 6 represas que generan energía, que proveen del vital elemento al 60% del país. Pero no todas son buenas, no ha habido inversio-

Correo electrónico: linchau62@yahoo.com.ar, hchos@neuquensalud.gov.ar (Hospital de Chos Malal), smr@neuquen.com.ar (Sociedad de Medicina Rural, cuyos socios son miembros del Equipo de Salud de la Provincia).

Recibido el 19-12-2002; aceptado para publicación el 10-01-03.

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 67-69

nes, para solventar nuestro futuro, una vez que se acaben las reservas. Hay una apuesta fuerte y muy valedera, de volver a la tierra, de la mano de la producción de vino, frutas finas, olivos, etc. Y por otro lado se está desarrollando la industria sin humos: el turismo.

Década del '70. ¿qué hacemos con estos índices? ²

En 1970 el gobierno constata que la situación sanitaria por la que atravesaba la población, era de extrema necesidad. Algunos ejemplos son: alta natalidad, alta mortalidad infantil (**118 0/00**), alta incidencia de enfermedades respiratorias, inmunoprevenibles, alta prevalencia e incidencia de TBC e hidatidosis. Escasos o nulos servicios de salud, en particular en las áreas rurales. El 82% de los trabajadores de Salud eran empíricos. Altos números de embarazos, sin controles y con partos domiciliarios. Etc.

A raíz de este ominoso diagnóstico, el nivel político convoca a técnicos de la salud, entre los que no puedo dejar de nombrar, se hallaban la Dra. Elsa Moreno y el Dr. Néstor Perrone (posteriores referentes de OPS-OMS), además de unos cuantos anónimos, que contribuyeron a realizar lo que luego fue parte del éxito de un trabajo de largo aliento. Definieron prioridades dentro del espectro relatado, y pusieron en práctica:

1. **Una adecuación de los efectores para la atención de la demanda.** Ello comprendió, su ordenamiento por niveles de complejidad creciente, con asignación a cada uno de ellos de «áreas programáticas», donde desarrollar sus actividades. Ampliación y creación de hospitales; creación de «Consultorios Periféricos» periurbanos y de «Puestos Sanitarios» en zonas rurales; incorporación de personal de acuerdo con las prioridades; capacitación en primer lugar, del personal empírico; equipamiento adecuado; etc. Dentro de la capacitación cabe destacar la formación de los primeros Promotores de la Salud, llamados por nosotros «Agentes Sanitarios».
2. **Atención materno-infantil.** Captación temprana del embarazo, control, atención del parto institucional, control del niño sano hasta los 2 años (en 1990 el CNS, se realiza hasta los 6 años). En ambos casos, madres y niños recibieron y lo hacen actualmente, ayuda alimentaria, con la entrega de leche.
3. **Puesta en práctica de un programa de inmunizaciones,** con uno en forma regular y otro acorde con los lineamientos nacionales.
4. **Control de TBC.** Búsqueda de casos, tto. de acuerdo a normas, control de foco y vacunación con BCG.
5. **Control odontológico** programado del escolar.

6. Control de la Hidatidosis.

7. Saneamiento básico del medio ambiente.

Cuando se habla de una adecuación de los efectores para la atención de la demanda, se está hablando, de la Regionalización Sanitaria. La que se caracteriza por la distribución racional de los recursos de Salud, así como el desarrollo progresivo de la capacidad de Gestión de las unidades periféricas, a través de la descentralización de la toma de decisiones. Se basa en un diseño territorial y administrativo del Sistema de Salud. Su objetivo es asegurar la accesibilidad a la atención integral de la mejor calidad a la totalidad de la población, aprovechando al máximo los recursos de que se dispone y haciendo eficiente su administración. De este modo, se constituyen áreas o regiones con una población definida.

La Regionalización implica la existencia de :

- Un sistema piramidal de establecimientos de salud de complejidad creciente.
- Adecuación de la tecnología según niveles de complejidad.
- Adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Capacitación del personal.
- Normatización, tanto de la atención médica como del funcionamiento administrativo.

De esta manera el Sistema de Salud Público, comprende:

- Un Nivel Central, normativo y de conducción general.
- Un Nivel Zonal de coordinación, supervisión y apoyo técnico.
- Un Nivel local que conforma la red de los establecimientos de servicios.

El Nivel Central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, la cual ejerce su función de conducción hacia las Jefaturas de Zonas Sanitarias.

Desde el punto de vista de la financiación, el Sistema de Salud, está siendo solventado a través del presupuesto provincial, que hasta fines del año 2001, era de 100 millones de pesos, equivalentes, en dicha ocasión, a dólares. Y con respecto al presupuesto, corresponde al 10% del total provincial.

¿Cómo estamos hoy?

Hoy nuestro Sistema de Salud cuenta con una red de establecimientos en toda la provincia, que llega a 170, entre hospitales de baja, mediana y alta complejidad, Centros de Salud Urbanos y Puestos Sanitarios en áreas rurales. A la fecha de hoy se hallan en proceso de cons-

trucción 4, que en realidad, no serían para sumar, sino como el lógico recambio de las estructuras, que en muchas ocasiones, son obsoletas.

Contamos con Residencias en: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Anestesia, Salud Mental y Bioquímicos. Todas estas se realizan en el Hospital «Castro Rendón», que es el hospital de mayor complejidad de la Patagonia.

La residencia de Medicina General / Familiar, cuyo origen es en 1974, tiene 2 sedes, en hospitales de mediana complejidad, pero con rotaciones por el «Castro Rendón».

Además contamos con la Escuela Superior de Enfermería desde 1985 y desde 1998 también tenemos nuestra Escuela de Medicina, cuyos alumnos, están desde el primer año, en contacto con la comunidad desde los diferentes Centros de Salud del periurbano neuquino, y en su último año (2003 en esta primera promoción), harán rotaciones de 9 meses, por hospitales de baja y mediana complejidad, del interior de la provincia.

A raíz de la Regionalización y el sistema de referencia y contrarreferencia, se mantiene un fluido contacto entre los distintos niveles de complejidad, lo cual incrementa la actividades de capacitación continua, que hacen al mantenimiento y crecimiento de nuestro sistema.

Hoy el desafío de nuestro sistema, inmerso en la crisis nacional, es mantener lo que hemos logrado. El incremento del 40%³ en las consultas en lo que va del año 2002, hace que los hospitales estén en constante análisis, del como poder hacer, para adelantarse a tamaña crisis social. Los otros ítem pendientes, son la informatización de la Red Hospitalaria, y una modernización en los niveles de Gerenciamiento, para lograr una mejor capacidad de Gestión.

Algunos de nuestros indicadores que pueden servir de ejemplo de cómo estamos son:

Tasa de Natalidad de 1980 = 34.9‰. En 1999 = 18.4‰.

Tasa de Mortalidad Infantil de 1970 = 108‰. En 1999 = 11.7‰.

Tasas de Mortalidad General de 1970 = 10.4‰. En 1999 = 3.5‰.

Tasa de mortalidad Materna en 1999 = 0.29‰.

Tasa de Mortalidad en niños de 1 a 4 años = 0.6‰.

Creo conveniente aclarar que los indicadores enunciados, tienen el fin de mostrar una parte del perfil epidemiológico de nuestra provincia, que más tiene que ver con la historia. Hoy por supuesto nos enfrentamos con estos desa-

fíos, y otros como por ejemplo el SIDA, Hantavirus, Accidentes (primera causa de muerte entre los 4 y 40 años), Violencia Familiar, Trastornos de la Ansiedad, etc.

Conclusiones

Los resultados de la aplicación de las políticas de Salud antes mencionada fueron altamente favorables a corto y mediano plazo. Creo sin temor, a equivocarme que fueron varias las claves para que esto ocurriera. En principio, la decisión política tomada en su momento, y mantenida en el tiempo. Algo para destacar en un país como el nuestro. La elección de la Estrategia de la Atención Primaria, como elemento clave en el derrotero de nuestro Sistema de Salud. Y estoy convencido que el sistema de Regionalización, la distribución por complejidad creciente y en Red, de nuestros hospitales, con la adecuada distribución de la tecnología (aparatos y recursos humanos), y la Dedicación Exclusiva de la mayoría de los profesionales (Full Time), son parte definitoria en la historia de los 30 años de nuestro Sistema de Salud.

Es probable que con este resumen, a título de presentación en sociedad, sea rotulado de reduccionista por unos y de petulante por otros. Pues bien, sepan disculpar en ambos casos. Mi única intención es la enunciada al comienzo, dar a conocer la existencia de un sistema de Salud Público, único en la Argentina y Latinoamérica, y con tantas similitudes con el español, que creo y apuesto, a que el día de mañana, nos hará crecer juntos, en este, nuestro fin último: **«la contribuir a la construcción, de un pueblo sano»**⁴.

Agradecimientos

A Manuel Gálvez, Médico de Familia del Servicio Andaluz de Salud.

Al Dr. Alejandro González Vottero, Director Provincial de Salud.

A todos mis compañeros y amigos que hicieron, hacen y seguiremos haciendo un Sistema de Salud como el nuestro.

Y por último a mi madre, Anita, porque sin su ayuda no hubiera podido realizar este viaje.

Bibliografía

1. Anuario Estadístico 2000 de la Provincia del Neuquén. COPADE.
2. Documento Interno de la Subsecretaría de Salud de la Pcia. Del Neuquén.
3. Diario Negro, Neuquén, Argentina, 16 de Noviembre de 2002.
4. Extraído de la Misión del Hospital «Gregorio Álvarez». Chos Malal. Zona Norte del Neuquén.

ARTÍCULO ESPECIAL

Un modelo de promoción profesional para el médico de familia en el sistema sanitario público de Andalucía

González-Ripoll Garzón JJ¹.

¹ *Licenciado en Derecho; Máster en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias.*

Introducción

Una vez se estudia con cierta profundidad la situación de la cuestión de la carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud en general, y de los Médicos de Familia de Atención Primaria en particular, llama la atención la unanimidad en la consideración de la necesidad y oportunidad de la implantación de un plan de carrera y, en contraste, la ausencia de respuestas positivas integradoras de esa necesidad.

La posición unánime a favor de la construcción de una carrera profesional concita opiniones provenientes de muy diversas instancias y cuenta con el interés de los propios profesionales afectados¹. Las consideraciones aquí se remontan a los propios orígenes de la categoría profesional de Medicina Familiar y Comunitaria, esto es, a la reforma de la Atención Primaria de Salud, pero encuentra argumentos que las refuerzan en la evolución de dicha reforma y el papel representado por los profesionales médicos, en tanto que la estructura resultante de aquella reforma no parece dar respuesta a algunos aspectos de su desarrollo profesional, relacionados con la promoción, el reconocimiento, la progresión y los incentivos.

El clima de trabajo del Médico de Familia, según los trabajos de investigación de los que resultan aquellas opiniones, ha devenido en un sentimiento de malestar y frustración en el que confluyen diversos factores, pero que incide de forma negativa, finalmente, en los resultados cualitativos y en la eficiencia del sistema sanitario, ya que, siendo el profesional médico el poseedor de los poderes de decisión que implican el consumo de una gran parte de los recursos económicos del sistema, en la medida en

que sus objetivos pueden ser congruentes con la organización que financia los servicios sanitarios, éstos podrán alcanzar un mayor grado de eficiencia. Dicha congruencia de objetivos se verá favorecida por la identificación de los profesionales con la organización y, por consiguiente, por la mejora del clima laboral².

En este punto es donde incide la carrera profesional como instrumento de incentivación y reconocimiento de los aspectos profesionales que más interesan al personal médico en tanto que otorga una posibilidad de progresión con componentes de prestigio, implicación en funciones no estrictamente asistenciales, y económicos, entre otros. A la comprensión y estudio de este instrumento ayuda toda la doctrina de la gestión de los recursos humanos desde una perspectiva empresarial, pero resulta especialmente útil para el ámbito profesional sanitario, por el concepto que aporta de autodesarrollo y responsabilidad del individuo en el desenvolvimiento de su progresión profesional, la doctrina de la gestión por competencias, enten-

¹ Ponen de manifiesto la opinión de los profesionales sanitarios acerca de la necesidad de un modelo de carrera o promoción profesional los siguientes estudios: «Análisis prospectivo sobre el perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI»; en «Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria». 1999; 5, suplemento 1. / Olivar Castrillón, C., González Morán, S. y Martínez Suárez, M. M. «Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias». En *Atención Primaria*, Volumen 24, número 6. Octubre 1999.

² Algunos trabajos que muestran el bajo nivel de motivación y lo relacionan con la falta de promoción profesional: — Martínez Olmos, J. «Atención primaria: propuestas para una segunda reforma». En *Revista de Administración Sanitaria*, n.º 6. Abril/junio, 1998. / — Villares Rodríguez, J. E.; Ruiz García, A.; López Gallardo, M. P. y Sáinz Ruiz, R. «La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora». En «Cuadernos de Gestión para el profesional de atención primaria». Vol. 2, número 6. Abril/junio, 2000. / — Martín Zurro, A. y Monset Castells, Ll. «Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en Medicina de Familia y Comunitaria». En «Atención Primaria», vol. 12, n.º 4. Septiembre 1993.

Correspondencia (Secretaría de la Editorial): José Joaquín González-Ripoll Garzón. C/ Dalia, n.º 4. 41800 Sanlúcar la Mayor (Sevilla). Teléfono: 955702286. Correo electrónico: jjmm1887@navegalia.com

Medicina de Familia (And) 2003; 1: 70-76

didada como puesta a disposición y promoción de los medios por los que los empleados pueden desarrollar el conjunto de conocimientos, habilidades, cualidades y aptitudes que tienen, y que los predisponen a realizar un conjunto de actividades con un buen nivel de desempeño³.

Problemas para la implantación de un modelo de carrera

Así como la percepción anteriormente desarrollada es persistente y generalizada, se constata también la ausencia de planeamientos integrales desarrollados y coordinados de carrera profesional para los Médicos de Familia en nuestro Sistema Nacional de Salud. Debe concluirse con ello la existencia de obstáculos serios para la implantación de modelos de carrera en este contexto. El estudio de la situación y de la doctrina vertida al respecto determina una serie de factores que impiden aquel desarrollo.

En primer lugar conviene citar un factor que, siendo característica sustancial de nuestro Sistema Nacional de Salud, por las circunstancias de su desarrollo ha tenido una influencia negativa para la posible implantación de un modelo de carrera: la descentralización competencial que supone el modelo autonómico del Estado español y su reflejo en la Ley General de Sanidad.

La asunción de las competencias sanitarias por las diferentes Comunidades Autónomas durante el proceso de consolidación del Estado Autonómico, hasta el reparto completo de las mismas al final del año 2001, por la propia naturaleza del procedimiento, ha producido un distinto desarrollo de algunos aspectos de este ámbito competencial. Sin una previa aprobación del Estatuto Marco y sin directrices, en su defecto, del Consejo Interterritorial, aquellas cuestiones tienen una natural tendencia a divergir en las diferentes Comunidades Autónomas.

Este proceso se está observando ya en relación con la carrera profesional dando lugar, de una parte, a la inacción de la mayoría de los Servicios de Salud, indecisos a la hora de regular este aspecto de la gestión de los recursos humanos del sistema, y de otra parte a que iniciativas como las del Servicio Navarro de Salud (con pecu-

liaridades añadidas por el régimen funcional adoptado para su personal) u otros en ciernes como los de la Comunidad Autónoma Valenciana o la Murciana, estén ya produciendo una situación de difícil ensamblaje entre modelos de carrera que deben compartir la movilidad interautonómica del personal estatutario⁴.

Otra consecuencia es la reducción a mínimos de las bases de la carrera profesional reguladas por el Estatuto Marco, cuyo último borrador apenas esboza algo más que un concepto de carrera profesional y un esquema muy general de los factores de progresión en la misma, transmitiendo a la Comisión de Gestión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el difícil cometido del desarrollo de tales criterios, sobre todo si, como pretende, debe garantizarse la movilidad de los profesionales de todo el SNS, facilitándose los efectos del reconocimiento del nivel de carrera y sus efectos en los distintos Servicios de Salud.

Otro de los obstáculos que, sin duda, pesan a la hora de practicar la actualización de un plan de carrera profesional es el económico. Uno de los motivos de la insatisfacción de los médicos de atención primaria es la percepción de unas retribuciones insuficientes, y uno de los factores que se relacionan con la carrera profesional, en cuanto a los efectos que deben derivarse de la puesta en práctica de un modelo de carrera, es la asignación económica específica a la progresión en el sistema. En principio, pues, un modelo de carrera en un Servicio de Salud, y particularmente de la categoría superior, conlleva un coste económico directo de cierta envergadura, aunque pueda establecerse gradualmente.

Relacionado con lo anterior encontramos otro problema para el desarrollo de un plan de carrera en la estructura

³ Son autores que desarrollan este tema: Miralles González, L. «La gestión por competencias: una estrategia empresarial». Ponencia presentada en el Seminario «Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias», celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. Delgado, M. «Gestión por competencias». En www.gestiondelconocimiento.com 2001. Jiménez, A. «Las Competencias y el Capital Intelectual: La manera de gestionar personas en la era del conocimiento». En www.gestiondelconocimiento.com 2001.

⁴ Son modelos desarrollados o en desarrollo: El Sistema de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, regulado por la Ley Foral 11/1999, de 6 de abril (BO de Navarra n.º 43, de 9 de abril de 1999), y Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre (BO de Navarra n.º 14, de 31 de enero de 2001); el modelo de carrera profesional en el ámbito de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, borrador de Decreto del Consell de la Generalitat Valenciana de 2002; el modelo de carrera del profesional médico del Servicio Murciano de Salud, en el Capítulo VIII de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud (BO de la Región de Murcia n.º 294, de 21 de diciembre de 2001); el Sistema de Promoción Profesional de los profesionales Médicos del Hospital Clínico de Barcelona, en sus Convenios Colectivos 1993-1994 (BOP de Barcelona n.º 182, de 1 de agosto de 1994) y 1995-1997 (DO de la Generalitat de Cataluña n.º 2291, de 11 de diciembre de 1996); el modelo de Carrera Profesional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) en www.semfyc.es/doc8.htm; modelo de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, en I Conferencia de Consenso sobre Hospitales, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Enero 1993.

organizativa necesaria para la evaluación, seguimiento y control de la progresión profesional del colectivo afectado, la acreditación de los méritos, el reconocimiento de los ascensos, etc. Principalmente la vertiente de este nuevo obstáculo es económica de nuevo, si no se aprovechan y rentabilizan estructuras ya existentes y procesos de evaluación que ya se realizan. En cualquier caso, en este terreno debe hacerse un esfuerzo de permanente actualización y revalidación de los criterios, métodos y campos de evaluación, adaptándose a las circunstancias innovadoras del desarrollo científico y organizativo de los Servicios de Salud, para evitar caer en la rutina que haga del modelo, de nuevo, un mero sistema de reconocimiento de la antigüedad.

Por consiguiente, el modelo de desarrollo de la carrera profesional del personal médico que se proponga implantar un Servicio de Salud, deberá lograr superar este triple obstáculo, de integración en el Sistema Nacional de Salud, económico y organizativo, siendo deseable, aunque improbable, el bosquejo de un esquema general desarrollado que parta del Consejo Interterritorial de Salud.

Propuesta de un modelo de promoción profesional

Así las cosas, procede dar respuesta a la necesidad expresa y justificada de aprobar y poner en práctica un sistema de carrera para la promoción profesional, el estímulo y la incentivación del Médico de Familia de atención primaria, con una propuesta que, adaptada a las circunstancias del entorno en que se pretenda aplicar, cuente con medidas que lo hagan económicamente viable y organizativamente posible, introduciendo medidas de flexibilidad que faciliten la integración en el Sistema Nacional de Salud para no entorpecer la movilidad de los profesionales entre los distintos Servicios de Salud.

Las ideas que a continuación se aportan intentan responder, para el ámbito de los Médicos de Familia de la Atención Primaria de Salud del Sistema Sanitario Público Andaluz, a este triple planteamiento.

En el Servicio Andaluz de Salud se dan las mismas condiciones que aconsejan adoptar medidas incentivadoras a la colaboración del Médico de Familia con los fines de la organización, y el clima en que aquellos desempeñan su trabajo no difiere del resto del Sistema, siendo igualmente favorable la percepción de la carrera profesional como instrumento que coadyuve a aquellos fines.

Las circunstancias que enmarcan el actual contexto profesional de la Atención Primaria en Andalucía están representadas por la Gestión Clínica como propuesta organizativa funcional, impulsada por los Contratos Programas de los Centros, y plasmada en los Acuerdos de Gestión

de las Unidades de Gestión Clínica, y por las líneas emanadas del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, destacando la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, como herramienta de garantía de la continuidad asistencial y de empleo de normas básicas de calidad, y el Desarrollo de Profesionales a través de la determinación de Mapas de Competencias, que derivan de los Procesos Asistenciales, y de la Evaluación del Desempeño como medida para la promoción y la acreditación profesionales. Con fecha 20 de noviembre de 2002 el Servicio Andaluz de Salud y las Organizaciones Sindicales del ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía, han alcanzado un Acuerdo sobre Política de Personal⁵ con un apartado específico sobre Desarrollo Profesional, que anuncia un modelo basado en la acreditación de distintos niveles de competencia de los profesionales.

Por consiguiente, un modelo de carrera profesional coherente con este contexto debe contemplar los requerimientos de la gestión por competencias, incentivar resultados y calidad de los procesos e incorporar sistemas de evaluación del desempeño individual.

Desde este punto de vista, serían medidas de adaptación de un modelo de carrera profesional para médicos de familia las siguientes:

- Constituirían factores de valoración a efectos de la carrera profesional del Médico de Familia:
 - Los elementos de calidad de las normas básicas que deben seguir los Procesos Asistenciales
 - La acreditación de Centros, Servicios o Unidades
 - Las aportaciones para la mejora continua de los Procesos
 - El desarrollo personal del Mapa de Competencias, con evaluación de la formación acreditada recibida
- Otro bloque objeto de valoración estaría constituido por los objetivos propios de la Zona Básica de Salud o la Unidad de Gestión Clínica y, en su caso, objetivos individuales, como los referidos al uso racional del medicamento, en base al Contrato Programa o Acuerdo de Gestión Clínica correspondientes.
- Por último, constituiría un bloque de valoración el integrado por las actividades de investigación y docencia.
- El tiempo de permanencia en un nivel de carrera sería un elemento mínimo de cumplimiento para la progresión.

⁵ Acuerdo que suscriben las Organizaciones Sindicales firmantes en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad de la Comunidad Autónoma con el Servicio Andaluz de Salud sobre Política de Personal, de fecha 20 de noviembre de 2002.

- Desde otro punto de vista, la participación en Equipos de implantación y desarrollo de Procesos, o en Grupos de mejora de los mismos requeriría un cierto nivel de carrera, con objeto de aportar los valores de un grado acreditado, a la vez que podría considerarse un incentivo a la consecución de los objetivos evaluados para la progresión.

El mencionado Acuerdo Sindical de 20 de noviembre de 2002 propone que el modelo de Desarrollo Profesional valore las competencias del Mapa de cada puesto, priorizados y caracterizados como «imprescindibles» o «de-seables», en cada uno de los niveles de desempeño.

La factibilidad del modelo desde el punto de vista económico implica la adopción gradual del mismo o, al menos, de sus consecuencias retributivas. Sin embargo, la credibilidad del proyecto exige que los efectos económicos sobre los profesionales sean visibles, pues así se valora la vertiente motivadora de la carrera profesional. En este sentido, las medidas podrían ser:

- La incorporación al modelo de carrera de elementos retributivos que, variables por su naturaleza y definición, se han traducido en la práctica en conceptos cuasi fijos. Así ocurre con la Atención Continuada modalidad «A», de devengo generalizado, pero de naturaleza variable, siendo difusa en el actual modelo de la Atención Primaria tal y como se practica, la vinculación de este complemento retributivo y las determinadas actividades realizadas fuera de la jornada laboral ordinaria que deben basar su devengo.
- La masa salarial comprendida por el concepto Atención Continuada modalidad «A» podría engrosar las partidas destinadas a retribuir el modelo de carrera del Médico de Familia, siendo de fácil vinculación con algunos de los aspectos profesionales evaluables para la progresión en carrera, y disminuyendo así los costes de implantación, a la par que se ampliaría la parte retributiva variable, característica que debe presidir la gestión del personal en una burocracia profesional. El Acuerdo Sindical de 20 de noviembre sobre Política de Personal integra, sin embargo, este complemento retributivo en el complemento de puesto de trabajo (de futura creación según el diseño del modelo retributivo pactado) o en el complemento específico.
- Puesto que los objetivos tradicionalmente valorados para la asignación de incentivos económicos de productividad variable son parte de los que se considerarían para la progresión en la carrera, se da una duplicidad de valoración con efectos económicos de los mismos. Para evitar este efecto, y graduar el impacto de la implantación del modelo de carrera profesional, las asignaciones actuales para produc-

tividad podrían pasar a constituir la parte variable del complemento de carrera, al cual se uniría otra parte fija, diferente para cada nivel de carrera. Esta parte fija del complemento de carrera constituiría el efecto económico más visible del plan de carrera, único abonable en el Nivel I y debería representar un porcentaje significativo del total retributivo, y diferenciar de manera señalada a los distintos niveles de la carrera profesional.

- A medio plazo, las revisiones salariales para los Médicos de Familia que pudieran plantearse en las negociaciones sindicales deberían ir destinadas a los complementos de carrera o desarrollo profesional, con lo cual no se duplicaría el incremento presupuestario, ampliándose la proporción que del total de las retribuciones representarían los conceptos no fijos.
- A nivel individual, como se planteará que uno de los efectos de alcanzar determinados niveles de carrera será la disminución de la carga asistencial, esto podría acarrear una merma en los conceptos económicos derivados del pago capitativo. Este efecto indeseado y contraproducente podría salvarse dando a la Tarjeta Sanitaria ajustada por edad un valor diferente para cada nivel de carrera, e inversamente proporcional a la disminución de Tarjetas ocasionada por el recorte de carga asistencial.

Desde un punto de vista organizativo, el modelo de evaluación puede estructurarse en tres niveles, que aprovechan instancias de control existentes o de instauración prevista.

En el nivel local del Distrito de Atención Primaria se efectuaría la valoración de los objetivos provenientes del Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión Clínica, valoración que se iría actualizando en el expediente personal del Médico de Familia, refrendada por las Direcciones de Zona Básica de Salud y Responsables de Unidades de Gestión Clínica, y siguiendo el procedimiento habitual de la evaluación de resultados para la asignación de incentivos económicos. También a este nivel se realizaría la evaluación del desarrollo profesional individual.

En el nivel intermedio, correspondería a los órganos de supervisión de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, la valoración de los resultados referidos a normas de calidad de los procesos, las mejoras aportadas a los mismos y la cumplimentación del Mapa de Competencias. Tales órganos se constituyen en el ámbito del Área hospitalaria y se corresponden con la Comisión Mixta de procesos, los Equipos de Implantación y Desarrollo y los Grupos de Mejora de Procesos Asistenciales.

Finalmente, en el nivel superior, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía establece

como acciones que se enmarcan en la Línea de Desarrollo de Profesionales:

- diseñar herramientas y metodología de evaluación cualitativa individual y de equipo y
- definir el modelo de promoción horizontal y vertical de los profesionales, en el sentido de rutas profesionales que garanticen la permanente readaptación de aquellos,

refiriendo, en la Línea de Calidad, la definición de un modelo de Agencia Andaluza de Acreditación.

Esta Agencia se ha constituido bajo la forma jurídica de una Fundación Pública, la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, una de cuyas misiones será la evaluación de los profesionales que voluntariamente quieran entrar en un proceso dinámico de carrera profesional.

Estos tres soportes constituyen el germen de la determinación de las bases de la carrera profesional, de modo que en esta instancia se establecería el esquema general común a la carrera de los Médicos de Familia de Atención Primaria de Andalucía, se valorarían las aportaciones docentes y de investigación, y se certificaría, individualmente, la progresión de estos profesionales en el plan de carrera.

Procedimentalmente, una vez puesto en marcha y pasada la fase transitoria desde la situación actual, el proceso para el ascenso de nivel de cada profesional comenzaría a instancia de éste, solicitando de la Dirección del Distrito de Atención Primaria de Salud la acreditación de un nivel superior, con alegación de los méritos específicos acumulados según el baremo. La Dirección de Distrito certificaría los resultados obtenidos en objetivos de Contrato Programa y Acuerdos de Gestión, en su caso, en el periodo evaluado, así como el grado de desarrollo profesional y del Mapa de Competencias, requiriendo del nivel intermedio de evaluación certificación de resultados y aportaciones al sistema de Procesos Asistenciales.

Finalmente, la Agencia de Calidad Sanitaria valoraría la propuesta y la docencia e investigación alegadas por el interesado, resolviendo, en su caso, la progresión de nivel de carrera la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud.

La participación de las instancias de representación profesional y de Sociedades Científicas se sustanciaría a través de su presencia en el proceso de acreditación, mediante la participación de alguna manera en la Agencia de Calidad Sanitaria.

El Acuerdo Sindical de 20 de noviembre sobre Política de Personal establece que la acreditación Profesional se realizará a través de un procedimiento objetivo y público, y será de carácter voluntario salvo para el nivel de desempeño básico del puesto de trabajo.

Analizada la adaptación al contexto de la Atención Primaria en Andalucía, y los aspectos económicos y organizativos, queda esbozar alguna conclusión de esquema de carrera profesional del Médico de Familia que no impida la exigible movilidad entre Servicios de Salud.

Este requisito, además de congruente con la ordenación de los recursos personales de nuestro Sistema Nacional de Salud, viene planteado en los últimos borradores de Estatuto Marco del Personal Estatutario en el sentido de que las normas de desarrollo del Estatuto en lo relativo a este tema deben permitir el diseño de una carrera profesional armónica en el SNS. Además, expresamente se garantiza en dicho borrador la movilidad de los profesionales, debiéndose establecer criterios que faciliten el reconocimiento del nivel de carrera y sus efectos en los distintos Servicios de Salud.

En cuanto al establecimiento de niveles, la mayoría de los modelos optan por un esquema de cinco niveles, siendo el último de carácter honorífico. Aunque el borrador de carrera profesional de la Comunidad Autónoma de Valencia contemple seis niveles, bien es verdad que el primero es un mero nivel de acceso básico y común a todos los grupos profesionales. El número de cinco niveles puede abarcar, proporcionadamente, los años de desarrollo profesional y es intermedio entre un número exiguo de niveles que no consiga provocar el necesario estímulo de progresión, y un exceso de escalones que dificulten la gestión de la carrera.

La denominación de los niveles, tema sin duda de trascendencia menor y que no tendría ni siquiera que ser homogéneo en todo el sistema, sí debe en cada caso ser cuidadoso para huir de una terminología de connotaciones administrativo-jerárquicas o que puedan conllevar algún prejuicio para el colectivo profesional. Así, los cinco niveles aceptados podrían denominarse:

- ❖ Nivel I: Médico de Familia nivel de Acceso
- ❖ Nivel II: Médico de Familia nivel de Grado
- ❖ Nivel III: Médico de Familia Consultor
- ❖ Nivel IV: Médico de Familia Experto
- ❖ Nivel V: Médico de Familia Senior

El requisito de permanencia mínima en un nivel para acceder al superior se menciona en el borrador de Estatuto Marco, siendo elemento común a las propuestas de modelo analizadas. La magnitud de este requisito, por niveles, varía de una propuesta a otra, dependiendo del peso relativo en relación al resto de méritos y del juego del tiempo excedido del periodo mínimo de permanencia.

En cualquier caso, no debe haber grandes diferencias entre los mínimos temporales establecidos por nivel en cada Servicio de Salud, aunque no deba tener especial trascendencia uno o dos años de diferencia en algún ni-

vel, si ello se compensa con la ponderación en el conjunto de valores medidos. Una escala razonable supone repartir el tiempo medio de vida profesional del Médico de Familia (aproximadamente 37 años), entre los tiempos medios de estancia en cada nivel, posibilitando una permanencia teórica en el nivel superior de, al menos, cinco años. Los periodos exigidos, en tanto que mínimos, no tienen que sumar la vida profesional media, pues se plantearían espacios demasiado largos para lograr el sentido incentivador. Por otra parte, el exceso de tiempo sobre el mínimo no debería computar ilimitadamente, para evitar dar excesivo peso a la mera antigüedad. Todo lo cual da lugar al siguiente esquema teórico:

- En primer lugar, se podría valorar el establecimiento de un periodo preparatorio de ingreso en la carrera, de dos años de duración desde la toma de posesión como titular y la solicitud de acceso al nivel I, valorándose en el mismo sólo la consecución de objetivos propios de la Zona Básica, Centro o Unidad de Gestión Clínica, así como, en su caso, los individuales como los relativos a uso racional del medicamento.
- Nivel I: Médico de Familia nivel de Acceso:
 - Permanencia mínima ocho años
 - Máximo a computar, tres años después de los ocho primeros
- Nivel II: Médico de Familia nivel de Grado:
 - Permanencia mínima seis años
 - Máximo a computar, cuatro años después de los seis primeros
- Nivel III: Médico de Familia Consultor:
 - Permanencia mínima siete años

- Máximo a computar, cuatro años después de los siete primeros
- Nivel IV: Médico de Familia Experto:
 - Permanencia mínima siete años
 - Máximo a computar, cuatro años después de los siete primeros.

Aunque hubiera una teórica carrera rápida hasta el acceso al nivel V, del 75% de la vida profesional, la correcta ponderación de los méritos equilibraría la duración de las diversas fases. Puesto que el mero transcurso del tiempo de ejercicio profesional no garantiza la progresión, cabe naturalmente el estancamiento en cualquier nivel.

El distinto peso ponderado de los bloques a valorar, en los cuatro niveles desde los cuales puede ascenderse podría ser el que contiene la Tabla I.

Se asigna un máximo de 100 puntos por bloque de valoración, los cuales se reparten, en los tres primeros, proporcionalmente al máximo de tiempo, el óptimo de cumplimiento de objetivos, y el mayor desarrollo profesional del mapa de competencias propuesto. En los otros dos bloques se deberá construir una escala de valoración para las actividades de desarrollo y mejora de procesos, de investigación y docencia, con un límite máximo de puntos por este bloque.

El paso del Nivel I al Nivel II exigiría un mínimo del 75% de los puntos ponderados máximos (75 sobre 100), el paso del Nivel II al Nivel III, el 80%, del Nivel III al Nivel IV el 85% y del Nivel IV al Nivel V el 90% de los puntos ponderados máximos.

En cuanto al ámbito de aplicación, dado el alto grado de estabilidad en la vinculación estatutaria que se está ob-

TABLA I

	Tiempo sobre el mínimo	Cumplimiento de los objetivos	Desarrollo profesional/ Mapa de competencias	Gestión por procesos	Investigación y docencia
NIVEL I A NIVEL II	10 %	50 %	20 %	10 %	10 %
NIVEL II A NIVEL III	10 %	25 %	20 %	25 %	20 %
NIVEL III A NIVEL IV	5 %	25 %	15 %	25 %	30 %
NIVEL IV A NIVEL V	5 %	25 %	15 %	25 %	30 %

Leyenda: Ponderación de los bloques a valorar.

teniendo por los últimos procesos de selección y provisión, a los que próximamente se añadirán los basados en la Ley de Consolidación de Plazas del Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias⁶, la carrera profesional podría aplicarse al personal estatutario titular, si bien el tiempo de servicios interinos pueda contar para el paso del nivel de Acceso al de Grado.

Por último, debe citarse la relación entre carrera profesional y carrera administrativa. Esta última, en una estructura plana como la de la Atención Primaria, no tiene tanta relevancia a efectos motivadores como la que debe adquirir la carrera profesional. No obstante, y de cara a la nueva estructura directiva que se proyecta actualmente para la Atención Primaria en Andalucía⁷, podría establecerse un nivel mínimo de carrera profesional para optar a una Dirección de Zona Básica de Salud, o una Dirección Asistencial. Por el contrario, no debería valorarse la ocupación de dichos puestos directivos, para la promoción en la carrera profesional.

El Acuerdo de 20 de noviembre sobre Política de Personal prevé la creación de un complemento de Rendimiento Profesional para retribuir tanto el resultado del Servicio o Unidad, como el desempeño individual y el nivel de desarrollo profesional. Este último aspecto dará lugar al devengo de una cuantía de periodicidad mensual, en función de la acreditación de un determinado nivel distinto al básico para cada categoría o puesto.

Finalmente mencionaremos a grandes rasgos los efectos de la progresión en la carrera. En primer lugar, ya han sido citados anteriormente, los efectos económicos, mediante la incorporación de un complemento de carrera. El borrador de mayo de 2002 de Estatuto Marco, lo incluye entre las retribuciones complementarias de carácter fijo. Como antes se dijo, podría contemplarse otra parte variable, correspondiente a los incentivos por productividad que, en el texto del borrador de Estatuto Marco se contempla como retribución complementaria variable y se

remite a los criterios cuantitativos y cualitativos que establezca cada Servicio de Salud.

El citado Acuerdo Sindical contempla que la acreditación en niveles superiores, además del reconocimiento que implica, supondrá la correspondiente recompensa económica y la posibilidad de acceso a puestos, cargos, programas, etc.

Otra gran faceta de los efectos de la carrera profesional la constituye la progresiva disminución de la labor directamente asistencial, en la medida en que los niveles superiores accederían a una mayor dedicación docente, investigadora y de apoyo o consultoría de los Médicos de Familia del Área, Distrito o Zona Básica de Salud de referencia, de manera que el conocimiento y la experiencia de aquellos redundaría en la formación y mejor práctica de éstos.

Por otro lado, como antes se apuntó, el acceso a determinados niveles directivos exigiría un cierto nivel de carrera profesional.

Finalmente, en los procesos de provisión de plazas éstas podrían estar clasificadas a los efectos de su cobertura según el grado o nivel de carrera del aspirante, toda vez que, en el colectivo profesional médico una de las aspiraciones es, comúnmente, desempeñar su trabajo en determinadas zonas geográficas como áreas urbanas o periurbanas. Ello sin perjuicio de la extensión de las labores consultoras o docentes a una demarcación de mayor ámbito.

Hasta aquí estas conclusiones que pretenden aportar bases de concreción de un modelo de carrera profesional para los Médicos de Familia de Atención Primaria en Andalucía, modelo que se podría extrapolar a otras categorías como Pediatras o Diplomados de Enfermería de Equipos Básicos de Atención Primaria, en el convencimiento de que debe hacerse un esfuerzo integrador de las motivaciones de aquellos profesionales con los objetivos de la organización sanitaria pública en la que desempeñan sus servicios con un alto grado de corresponsabilidad real en cuanto a la consecución de éstos.

⁶ Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud (BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2001).

⁷ Una propuesta de Decreto, de 2002, por el que se establece la estructura básica de los servicios de atención primaria de salud en Andalucía, modifica los puestos directivos de este nivel asistencial y, entre otras novedades, diseña las direcciones de Zona Básica de Salud como puestos directivos.

CARTAS AL DIRECTOR

De la utilidad de la información en general

Sr. Director:

Sobre qué porcentaje de la selva amazónica se ha taldado para publicar revistas médicas y sobre cuánta tinta se ha gastado en ellas todavía no se ha hablado; tampoco se habla de cuantos árboles tienen que ser derribados para obtener una información útil, pero eso es otro tema. Sí se publica sobre la cantidad de información médica que circula por ahí, de la que nos llega, de la que perdemos, de la que aprovechamos, de la que deberíamos aprovechar y de la que desaprovechamos. Se calcula el número de revistas en circulación, tanto en papel como en la WWW, se sabe qué revistas son más o menos productivas en ese sentido e incluso se mide mi calidad laboral según el número de publicaciones y en qué publique. Dentro del universo de información médica existente no es raro que algo me llegue pasivamente o yo lo busque y lo encuentre fácilmente. Pero haciendo alarde de una pobre inteligencia práctica todavía me asaltan grandes dudas que a mi altura a lo mejor ya debería haber resuelto.

Soy todavía residente, de Familia y de tercer año, ya casi con un pié en la soledad de una consulta. No es mi intención ahora hablar de las perspectivas laborales y de la calidad de las mismas, sino más bien exponer una duda, y que sea resuelta antes de que me corten el cordón umbilical con mis tutores. Por mi condición de médico y de residente, como ya aventuraba antes, me bombardean con todo tipo de munición informativa. Desde piedras inofensivas hasta auténticas armas de destrucción masiva llegan a mí. Es más, desde ya muy pequeño, desde la Universidad, veo cómo hay temas que se van repitiendo, reiterando y reverberando, aunque claro, a veces se aprenden y otras veces no. Más adelante los mismos temas se ponen delante de mí en libros específicos sobre la materia, *Guías de Práctica Clínica* y *miniguías de bolsillo* para sobrevivir en una guardia. Los tutores me hablan de la importancia que tienen ciertas actitudes. Incluso los ITS (*Informadores Técnicos Sanitarios*) y el mismo *vademécum* y *medimecum* me disparan información. Ante tal vorágine de conocimientos es labor de un buen discípulo cotejar la información, evaluarla, estructurarla, almacenarla, sacarle la máxima productividad y renovarla, si se ha quedado obsoleta. Del mismo modo es labor de un buen docente ir podando el arbolito y conducirlo, es decir, enseñarle el camino hasta el cenit de la sabiduría médica.

Pues bien, ni yo poniendo a potencia máxima mi trabajo docente, ni mis tutores en un esfuerzo desesperado por explicármelo, ni libros de los mejores catedráticos, ni siquiera en la magnífica WWW encuentro la respuesta. Y la pregunta parece simple. En las asignaturas más elementales de la carrera, como en la Bioquímica y en la Fisiología, ya se me hablaba de la importancia del riñón como órgano «filtrador» y de cómo su insuficiente función podría acumular ciertos iones y ciertos tóxicos en el organismo con consecuencias a veces letales. Este planteamiento, que por otro lado parece lógico, se vuelve a poner de manifiesto en otras asignaturas, como en Farmacología; e incluso hay quién se atreve ya en otras asignaturas más específicas a enseñarnos cómo calcular las dosis de ciertos fármacos en función del grado de insuficiencia renal, que perfectamente podíamos medir con el Aclaramiento de Creatinina (ClCr). Luego me lo vuelven a recordar en libros de mi especialidad y mis propios tutores dicen que es una práctica sana y aconsejable. Pero a toda esta información cotejada, evaluada, estructurada y almacenada no le puedo sacar toda la productividad posible, es más, no es productiva ni para mí ni para mi entorno, porque simplemente veo que no es práctica habitual usarla. Y no es mi intención poner en evidencia a los que me rodean, ya que circulan artículos de otros Distritos y otros Hospitales en los que se habla de la incidencia de intoxicaciones por ciertos fármacos en enfermos en los que muy probablemente no se habían calculado las dosis correctas en función de ese ClCr.

La cuestión fundamental es que en teoría, y según toda información disponible en mi «base de datos» deberíamos conocer la función renal de todos nuestro enfermos; al menos en los grupos de enfermos en los que la función renal se vea deteriorada, sin ir más lejos, nuestros ancianos. Sin embargo no veo que en mi entorno, y mi entorno es amplio, se calcule el ClCr a estos grupos. Ni siquiera es habitual calcular el ClCr a esos enfermos diagnosticados de Insuficiencia Renal Leve con valores sólo de urea y de creatinina.

Por eso la gran duda que me asalta es si debo obviar el factor *depuración renal* en los tratamientos, si debo ser estrictamente normativo y ajustarme a lo que dicen todos los conocimientos que tengo o debo tomar una actitud intermedia. Es posible que nos resulte mucho más «rentable» ahorrarnos el cálculo del ClCr y no ajustar las dosis, aún a pesar de tener alguna incidencia de *iatrogenia*; pero también es posible que nos resulte más «rentable» económicamente y moralmente ajustar perfectamente las dosis al ClCr calculado, aunque sólo sea en ciertos gru-

pos escogidos, haciendo desaparecer esa incidencia de *iatrogenia*.

Sirvan entonces estas líneas para buscar a alguien que me resuelva la duda. De todas formas advierto que no valdrán respuestas simples como «claro que sí tienes que hacerlo», «tampoco es tan importante», «hombre... pues

tú verás», etc. Necesito una respuesta razonada, práctica y sobre todo que el que la responda tenga como norma habitual seguir esa conducta.

Esteban Requena Carrión
MIR de 3er año de MFyC. C.S. de Cuevas del Almanzora
Av. Barcelona, n.º 111. Cuevas del Almanzora. 04610 Almería

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2002)

Alonso Morales F, Barbero Salado NB, Gálvez Alcaraz L, Guerrero García FJ, Jiménez López AM, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Rosado Bello I, Sánchez García C.

Médicos de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de julio y el 30 de septiembre 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.

Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in Primary Care. *BMJ* 2002; 325: 254-257 [T, III]

Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A, Bensing J, Maesenner JD. Consultation length in general practice: cross sectional study. *BMJ* 2002; 325: 472-474 [T,I]

Probst JC, Moore CG, Baxley EG, Lammie JL. Rural-urban differences in visits to primary care physicians. *Fam Med* 2002; 34: 609-615 [T,II]

Pinillos M, Antoñanzas F. La atención primaria de salud: descentralización y eficiencia. *Gac Sanit* 2002; 16: 401-408 [R,II]

Calman KC. Communication of risk: choice, consent, and trust. *Lancet* 2002; 360: 166-168 [AO,I]

Malhotra A, White DP. Obstructive sleep apnoea. *Lancet* 2002; 360: 237-245 [R,I]

Mann H. Research ethics committees and public dissemination of clinical trial results. *Lancet* 2002; 360: 406-408 [AO,I]

Chan FK, Leung WK. Peptic-ulcer disease. *Lancet* 2002; 360: 933-941 [R,I]

Beral V, Banks E, Reeves G. Evidence from randomised trials on the long-term effects of hormone replacement therapy. *Lancet* 2002; 360: 942-944 [AO,I]

Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002; 360: 555-564 [R,I]

Sicherer SH. Food allergy. *Lancet* 2002; 360: 701-710 [R,I]

Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 175-179 [R,II]

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

Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez C, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002; 30: 197-206 [QE,I]

Pineda M, Custardoy J, Andreu MT, Ortín JM, Cano JG, Medina E. Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área de salud. *Aten Primaria* 2002; 30: 207-214 [T,II]

Arrojo E, Mora G, Abón A, Araujo MS, Capdevila C, Gutiérrez MJ. Tratamiento anticoagulante oral en pacientes con fibrilación auricular no valvular. *Aten Primaria* 2002; 30: 284-290 [T,I]

Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30: 310-318 [AO,III]

Fichtonberg C, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 188-191 [M, II]

Marshall T, Rouse A. Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74: mathematical modelling study. *BMJ* 2002; 325: 197-199 [M, II]

Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in Primary Care. *BMJ* 2002; 325: 254-257 [T, III]

Maue SK, Rivo ML, Weiss B, Farrelly EW, Brower-Stenger S. Effect of a primary care physician-focused, population-based approach to blood pressure control. *Fam Med* 2002; 34: 508-513 [QE,II]

Segade Buceta XM, Dosal Díaz O. Adecuación de la prescripción de hipolipemiantes y riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia. *Gac Sanit* 2002; 16: 318-323 [T,II]

Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20546 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22 [CC-I]

Van Es RF, Jonker JJ, Verheugt FW, Deckers JW, Grobbee DE. Aspirin and coumadin after acute coronary syndromes (the ASPECT-2 study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 109-113 [QE,II]

Fox KA, Poole-Wilson PA, Henderson RA, Clayton TC, Chamberlain DA, Shaw TR et al. Interventional versus conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 743-751 [EC,II]

Dickstein K, Kjekshus J and the OPTIMAAL Steering Committee. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 752-760 [EC,II]

Mann JI. Diet and risk of coronary heart disease and type 2 diabetes. *Lancet* 2002; 360: 783-789 [R,II]

Bonnefory E, Lapostolle F, Leizorovicz A, Steg G, McFadden EP, Dubien PY et al. Primary angioplasty versus prehospital fibrinolysis in acute myocardial infarction: a randomised study. *Lancet* 2002; 360: 825-829 [EC,II]

Rodríguez F, Banegas JR, de Oya M. Dieta y enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 180-188 [R,II]

Guindo J, Borja J. Antagonistas de la aldosterona en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 333-336 [AO,II]

Soteriades E, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen LC, Benjamin EJ et al. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002; 347: 878-885 [S,II]

Hurlen M, Abdelnoor M, Smith P, Erikssen J, Arnesen H. Warfarin, aspirin or both after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 347: 969-974 [EC,II]

Ezenwaka CE, Offiah NV. Abdominal obesity in type 2 diabetic patients visiting primary healthcare clinics in Trinidad, West Indies. *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20: 177-182 [T,II]

DIABETES

Virgós M, Castro M, Martínez S, Vila A. ¿Hacemos caso del resultado de la hemoglobina glucosilada a la hora de tratar a nuestros pacientes diabéticos? *Aten Primaria* 2002; 30: 157-163 [T,II]

Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss SS, Magder LS, Kreyenbuhl J et al. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. *BMJ* 2002; 325: 243-245 [CC, II]

Peterson KA, Hughes M. Readiness to change a clinical success in a diabetes educational program. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 266-271 [CC, I]

Wägner AM, Pérez A. Dislipemia diabética: evaluación y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 260-265 [R,II]

Ezenwaka CE, Offiah NV. Abdominal obesity in type 2 diabetic patients visiting primary healthcare clinics in Trinidad, West Indies. *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20: 177-182 [T,II]

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

Urrutia G, Serra C, Bonfill X, Bastús R. Incidencia del cáncer de vejiga urinaria en un área industrializada de España. *Gac Sanit* 2002; 16: 291-297 [T, II]

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187-195 [M,II]

Swerdlow AJ, Higgins CD, Adlard P, Preece MA. Risk of cancer in patients treated with human pituitary growth hormone in the UK, 1959-85: a cohort study. *Lancet* 2002; 360: 273-277 [S,II]

IBIS investigators. First results from the International Breast Cancer Intervention Study (IBIS-I): a randomised prevention trial. *Lancet* 2002; 360: 817-824 [EC,II]

Key TJ, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. The effect of diet on risk of cancer. *Lancet* 2002; 360: 861-868 [R,II]

Bergfeldt K, Rydh B, Granath F, Gronberg H, Thalib L, Adami HO et al. Risk of ovarian cancer in breast-cancer patients with a family history of breast or ovarian cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 2002; 360: 891-894 [S,II]

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

Chrieki M. Echinococcosis –an emerging parasite in the immigrant population. *Am Fam Physician* 2002; 66: 817-820 [AO,II]

Puig-Barberà J, Belenguer A, Goterris M, Brines MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y metaanálisis. *Aten Primaria* 2002;30:269-283 [M,II]

Little P, Gould C, Moore M, Warner G, Dunleavet J, Williamson I. Predictors of poor outcome and benefits from antibiotics in children with acute otitis media: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2002; 325: 22-25 [EC,II]

Flottor S, Oxman AD, Havel R, Treweek S, Herrin J. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. *BMJ* 2002; 325: 367-370 [EC, II]

Postma MJ, Jansema P, Van Genugten ML, Heijnen ML, Jager JC, de Jong-van den Berg LT. Pharmacoeconomics of influenza vaccinations for healthy working adults: reviewing the available evidence. *Drugs* 2002; 62: 1013-1024 [M,II]

Goldschmidt RH, Dong BJ. Treatment of AIDS and HIV related conditions – 2002. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 319-331 [R, II]

Egger M, May M, Chene G, Philips AN, Lederg B, Dabis F et al. Prognosis or HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: collaborative analysis prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 119-129 [S,II]

The Tuberculosis Trials Consortium. Rifampentine and isoniazid once a week versus rifampicin and isoniazid twice a week for treatment of drug-susceptible pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients randomised clinical trial. *Lancet* 2002; 360: 528-534 [EC,II]

Thomas SL, Wheeler JG, Hall AJ. Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study. *Lancet* 2002; 360: 678-682 [CC,II]

Celis MR, Torres A, Zalacaín R, Aspa J, Blanquer J, Blanquer R et al. Métodos de diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en España: estudio NACE. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 321-327 [S,II]

Hedin K, Petersson C, Wideback K, Kahlmeter G, Molstad S. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly in municipal institutional care. *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20: 166-168 [T,II]

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

- German J, Harper M. Environmental control of allergic diseases. *Am Fam Physician* 2002; 66: 421-426; 429-430 [AO,II]
- Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam Med* 2002; 34: 514-517 [QE,II]
- Rodríguez de Castro C, Ordóñez AJ, Navarrete P, Gómez FJ, Castillo MJ. Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 301-304 [AO,I]
- Miravittles M. Fracaso en el tratamiento de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Factores de riesgo e importancia clínica. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 304-315 [R,I]

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

- Fernández T, Gómez MJ, Baidés C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 297-304 [C,I]
- Koro CE, Fedder DO, L'Italien GJ, Weiss SS, Magder LS. Assessment of independent effect of olanzapine and risperidone on risk of diabetes among patients with schizophrenia: population based nested case-control study. *BMJ* 2002; 325: 243-245 [CC, II]
- Pollock K, Grime J. Patients perceptions of entitlement to time in general practice consultation for depression: quantitative study. *BMJ* 2002; 325: 687-690 [C, II]
- Mol SSL, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PAP, Metsemakers JFM, van den Akker M, Arntz A et al. Traumatic events in a general practice population: the patient's perspective. *Fam Pract.* 2002; 19: 390-396 [T, I]
- Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002; 360: 319-26 [R,I]
- Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 2002; 360: 397-405 [S,I]
- Emmerik AA, Kamphuls JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360: 766-771 [M,I]
- Madoz-Gúrpide A, Ochoa E, Baca-García E. Revisión de la efectividad de los programas de mantenimiento con naltrexona: parámetros de evaluación, perfiles de indicación y factores asociados. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 351-356 [R,II]
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C et al. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 366-372 [T,II]
- Altimir S, Prats M. Síndrome confusional en el anciano. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 386-390 [R,II]

SALUD LABORAL

- Peate WF. Occupational skin disease. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1025-32; 1039-40. [AO,II]
- Fichtonberg C, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 188-191 [M, II]

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

- German J, Harper M. Environmental control of allergic diseases. *Am Fam Physician* 2002; 66: 421-6; 429-430 [AO,II]
- Millea P, Brodie J. Tension-type headache. *Am Fam Physician* 2002; 66: 797-804; 805 [AO,II]

- Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 323-333 [R,I]
- Richards SCM, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromialgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 185-187 [EC,II]
- Gibb JS, Harvey I, Stering J, Stark R. Local treatment for cutaneous warts: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 461-464 [M, II]
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002; 16: 376-384 [T,II]
- Ruiz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebro-vascular. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002; 26: 93-106 [R,II]
- Gisbert JP, Pajares JM. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en la enfermedad por reflujo gastroesofágico y en el esófago de Barrett: revisión sistemática y metaanálisis. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 217-224 [M,II]
- Martínez F, Salcedo F, Rodríguez F, Martínez V, Domínguez ML, Torrijos R. Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 327-331 [S,II]
- Nilsson G, Strender LE. Management of heart failure in primary health care. A retrospective study on electronic patient records in a registered population. *Scand J Prim Health Care.* 2002; 20:161-165 [T,II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- Tapias MA, Jiménez-García R, Lamas F, Gil A. Efectividad de los selladores de fisuras en una población infantil con alto riesgo de presentar caries. *Aten Primaria* 2002; 30: 150-157 [S,I]
- Durá T, Mauleón C, Gúrpide N. La televisión y los adolescentes. *Aten Primaria* 2002; 30: 171-176 [T,I]
- Little P, Gould C, Moore M, Warner G, Dunleavet J, Williamson I. Predictors of poor outcome and benefits from antibiotics in children with acute otitis media: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2002; 325: 22-25 [EC,I]
- Walker Z, Townsend J, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 524-527 [EC,II]
- Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16: 298-307 [T,II]
- Lipshultz SE, Easley KA, Orav EJ, Kaplan S, Starc TJ, Bricker T et al. Cardiovascular status of infants and children of women infected with HIV-1 (P2C2 HIV): a cohort study. *Lancet* 2002; 360: 368-373 [S,I]
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482 [R,I]
- Craig JV, Lancaster GA, Taylor S, Williamson PR, Smyth R. Infrared ear thermometry compared with rectal thermometry in children: a system review. *Lancet* 2002; 360: 603-609 [M,I]
- Ronkainen J, Nuutinen M, Koskimies O. The adult kidney 24 years after childhood Henoch-Scholein purpura: a retrospective cohort study. *Lancet* 2002; 360: 666-670 [S,II]
- Equi A, Balfour-Lynn IM, Bush A, Rosenthal M. Long term azithromycin in children with cystic fibrosis: a randomised, placebo-controlled crossover trial. *Lancet* 2002; 360: 978-984 [QE,II]
- Martínez F, Salcedo F, Rodríguez F, Martínez V, Domínguez ML, Torrijos R. Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes: estudio de Cuenca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 327-331 [S,II]

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

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? *BMJ* 2002; 325: 314-318 [M, II]

Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16: 298-307 [T,II]

Ferrante JM, Mayhew DY, Goldberg S, Woodard L, Selleck, C Roetzheim RG. Empiric treatment of minimally abnormal Papanicolaou smears with 0.75% metronidazole vaginal gel. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 347-354 [EC, II]

Evers JL. Female subfertility. *Lancet* 2002; 360: 151-159 [R,I]

ANCIANOS:

Puig-Barberà J, Belenguer A, Goterris M, Brines MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y metaanálisis. *Aten Primaria* 2002; 30: 269-283 [M,II]

Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lords S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002; 325: 128-131 [EC, I]

Scheuer E, Steurer J, Buddeberg C. Predictors of differences in symptom perception of older patients and their doctors. *Fam Pract* 2002; 19: 357-361 [S,II]

Humair JP, Buchs CR, Stalder H. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. *Fam Pract.* 2002; 19: 383-389 [QE, II]

Altimir S, Prats M. Síndrome confusional en el anciano. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 386-390 [R,II]

Merilainen S, Nevalainen T, Luukinen H, Jalovaara P. Risk factors for cervical and trochanteric hip fracture during a fall on the hip. *Scand J Prim Health Care.* 2002; 20: 188-192 [T,II]

Hedin K, Petersson C, Wideback K, Kahlmeter G, Molstad S. Asymptomatic bacteriuria in a population of elderly in municipal institutional care. *Scand J Prim Health Care.* 2002; 20: 166-168 [T,I]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

King D, Dickerson LM, Sack I. Acute management of atrial fibrillation: Part I. Rate and rhythm control. *Am Fam Physician* 2002; 66: 249-256 [AO,II]

King D, Dickerson LM, Sack I. Acute management of atrial fibrillation: Part II. Prevention of thromboembolic complications. *Am Fam Physician* 2002; 66: 261-264; 271-272 [AO,II]

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

Vanderhoff B, Tahboub R. Proton pump inhibitors: an update. *Am Fam Physician* 2002; 66: 273-280 [AO,II]

Dull P, Reagan R W, Bahnson R R. Managing benign prostatic hyperplasia. *Am Fam Physician* 2002; 66: 77-84; 87-88 [AO,II]

Bicket D. Using ACE inhibitors appropriately. *Am Fam Physician* 2002; 66: 461-468; 473 [AO,II]

Benítez MA, Cabrejas A, Fernández R, Pérez MC. Cuidados paliativos. Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria* 2002; 30: 179-183 [R,II]

Fernández T, Gómez MJ, Baidés C, Martínez J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su

uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 297-304 [C,I]

Benítez MA, Pascual L, Asensio A. Cuidados paliativos. La atención a los últimos días. *Aten Primaria* 2002; 30: 318-323 [R,II]

Little P, Gould C, Moore M, Warner G, Dunleavet J, Williamson I. Predictors of poor outcome and benefits from antibiotics in children with acute otitis media: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2002; 325: 22-25 [EC,I]

Deeks JJ, Smith LA, Bradley MD. Efficacy, tolerability and upper gastrointestinal safety of celecoxib for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review of randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 619-623 [M, III]

Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis, JP, Krumholz. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue and sexual dysfunction. *JAMA* 2002; 288: 351-357 [R,I]

Guindo J, Borja J. Antagonistas de la aldosterona en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 333-336 [AO,II]

Hurlen M, Abdelnoor M, Smith P, Erikssen J, Arnesen H. Warfarin, aspirin or both after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 347: 969-974 [EC,I]

ENTREVISTA CLINICA:

Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A, Bensing J, Maesenner JD. Consultation length in general practice: cross sectional study. *BMJ* 2002; 325: 472-474 [T,I]

Mol SSL, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PAP, Metsemakers JFM, van den Akker M, Arntz A, et al. Traumatic events in a general practice population: the patient's perspective. *Fam Pract.* 2002; 19: 390-396 [T, I]

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

Regan-Smith M, Young WW, Keller AM. An efficient and effective teaching model for ambulatory education. *Acad Med* 2002; 77: 593-599 [C,I]

Pipas CF, Carney PA, Eliassen MS, Mengshol SC, Fall LH, Olson AL et al. Development of a handheld computer documentation system to enhance an integrated primary care clerkship. *Acad Med* 2002; 77: 600-609 [S,I]

Ogrinc G, Mutha S, Irby DM. Evidence for longitudinal care rotations: a review of the literature. *Acad Med* 2002; 77: 688-693 [M,II]

Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Acad Med* 2002; 77: 694-700 [AO,I]

James PA, Shipengrover JA, Crosson J, Young L, Kernan JB, Heaton CJ et al. Primary care education: measuring instruction to improve quality. *Acad Med* 2002; 77: 922-925 [T,I]

Peña A, Paco O, Peralta C. Epistemological beliefs and knowledge among physicians: a questionnaire survey. *Med Educ Online [serial online]* 2002; 7: 7. Available from URL <http://www.med-ed-online.org> [T,I]

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Gross CP, Mallory R, Helat A, krumholz HM. Reporting the recruitment process in clinical trials: Who are these patients and how did they get there? *Ann Intern Med* 2002; 137: 10-16 [T,I]

Manheimer F, Anderson D. Survey of public information about ongoing clinical trials funded by industry: evaluation of completeness and accessibility. *BMJ* 2002; 325: 528-531 [M, II]

Albert T. Cómo escribir artículos científicos fácilmente. *Gac Sanit* 2002; 16: 354-357 [R,II]

Cobo E. Análisis multivariante en investigación biomédica: criterios para la inclusión de variables. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 230-238 [AO,I]

Álamo F, Vázquez FJ, Rodríguez JC. Herramientas para la investigación biomédica: la perspectiva bayesiana (I). *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 265-269 [AO,II]

Álamo F, Vázquez FJ, Rodríguez JC. Herramientas para la investigación biomédica: la perspectiva bayesiana (y II). *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 269-273 [AO,II]

PREVENCIÓN.

Tapias MA, Jiménez-García R, Lamas F, Gil A. Efectividad de los selladores de fisuras en una población infantil con alto riesgo de presentar caries. *Aten Primaria* 2002; 30: 150-157 [S,I]

Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez C, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria* 2002; 30: 197-206 [QE,I]

Puig-Barberà J, Belenguer A, Goterris M, Brines MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y metaanálisis. *Aten Primaria* 2002; 30: 269-283 [M,II]

Marshall T, Rouse A. Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74: mathematical modelling study. *BMJ* 2002; 325: 197-199 [M, II]

Hooper L, Bartlett C, Smith GD, Ebrahim S. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ* 2002; 325: 628-632 [M, III]

Humair JP, Buchs CR, Stalder H. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. *Fam Pract.* 2002; 19: 383-389 [QE, II]

Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit* 2002; 16: 298-307 [T,II]

BIOÉTICA:

Rogers WA. Are guidelines ethical? Some considerations for general practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 663-669 [AO, II]

INFORMÁTICA.

Rodríguez de Castro C, Ordóñez AJ, Navarrete P, Gómez FJ, Castillo MJ. Aplicación de la telemedicina al control de enfermedades crónicas: telecontrol de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 301-304 [AO,I]

Budtz S, Witt K. Consulting the internet before visit to general practice. Patients' use of the Internet and other sources of health information. *Scand J Prim Health Care.* 2002; 20: 174-176 [T,II]

OTRAS.

Blount B W, Pelletier A: Rosacea: A Common Yet Commonly Overlooked Condition. *Am Fam Physician* 2002; 66: 435-440; 442 [AO,II]

Peate WF. Occupational skin disease. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1025-1032; 1039-1040 [AO,I]

Albert T. Cómo escribir artículos científicos fácilmente. *Gac Sanit* 2002; 16: 354-357 [R,II]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 10

ECG Varón con dolor centrotorácico

Páramo Rodríguez E¹.

¹ Médico de Familia. Urgencias. Hospital de Santa Ana. Motril. Granada.

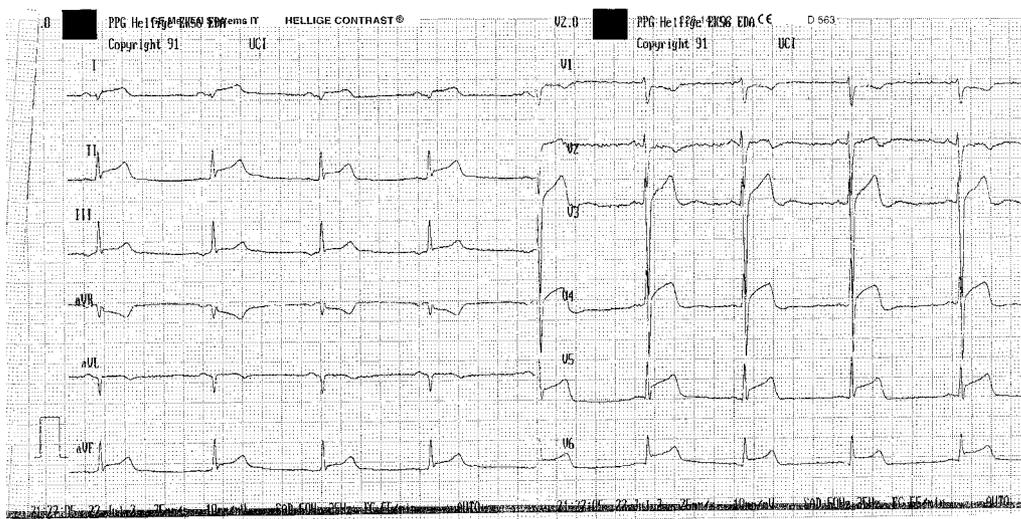
Paciente varón de 18 años de edad que acude al servicio de urgencias del hospital por dolor centrotorácico, estando en reposo, opresivo con irradiación al brazo izquierdo, con sensación nauseosa acompañante y un vómito aislado de características alimenticias. El dolor no guarda relación con los cambios posturales y se alivia con la toma de un AINE. El dolor no dura más de 15-20 minutos desde su inicio y a su llegada al servicio de urgencias el paciente no refiere ningún otro tipo de sintomatología y el dolor ha cedido. No refiere traumatismo previo ni la realización de ejercicio físico intenso previo a la aparición del dolor.

Los antecedentes personales del paciente son: Adenoidectomía con miringotomía bilateral y drenajes el año anterior y parotidi-

tis con orquiepididimitis asociada en Abril de este mismo año. No realiza ningún tratamiento, ni tiene alergias conocidas.

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con una saturación del 98% respirando aire ambiente, TA 130/85 y FC de 55 lpm. A la auscultación no se aprecian rones ni soplos, rítmica, con murmullo vesicular conservado en todos los campos pulmonares sin ruidos patológicos.

Se realizan analítica, radiografía de tórax en inspiración y espiración forzadas y ECG. En los resultados de la bioquímica destacan LDH 906 (100-480), CPK 1434 (40-190) y CPK-Mb 203 (0-25) El resto de pruebas complementarias de urgencias estaban dentro de la normalidad.



Electrocardiograma

a. ¿Cuál cree que es la causa de dichas alteraciones?

- 1.-Dolor torácico de origen osteomuscular.
- 2.-Pericarditis aguda.
- 3.-Dolor torácico de origen coronario.
- 4.-Repolarización precoz.
- 5.-Ninguna es correcta.

b. ¿Qué prueba condujo al diagnóstico definitivo?

- 1.-Ecocardiograma.
- 2.-Estudio analítico.

3.-Estudio ECG.

- 4.-Todas son ciertas.
- 5.-Ninguna es cierta.

(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. 4)

(Medicina de Familia (And) 2002; 3: 292)

Respuestas correctas: a) 4.–Hipertensión secundaria de causa renal no filiada.
b) 3.–Derivación urgente a centro hospitalario para estudio.

Diagnóstico

El paciente se derivó al Servicio de Nefrología de Hospital Universitario Reina Sofía, con el diagnóstico de Hipertensión de causa secundaria, donde se le realizó estudio incluyendo Biopsia Renal, diagnosticándose de GLOMERULONEFRITIS IgA. Se instauró tratamiento con Antagonistas de Calcio y dieta pobre en calcio, posteriormente Alfa Bloqueantes y Diuréticos de Asa, durante el mes siguiente presentó un buen control tanto tensional, como de función renal: Creatinina 2,8, pero durante la primera semana del segundo mes postdiagnóstico, comenzó con elevaciones de las cifras tensionales tanto sistólicas como diastólicas correlacionadas con empeoramiento de la función renal (Creatinina 4,2), requiriendo de nuevo ingreso hospitalario y evaluación «PREDIÁLISIS» (fístula arterio-venosa). (Tabla 3)

Discusión

Debemos de sospechar una hipertensión arterial secundaria de causa renal, cuando tengamos datos derivados de la historia clínica, exploración física y datos complementarios de alta sospecha.

La historia familiar de HTA favorece en principio el diagnóstico de hipertensión esencial, aunque también se ha descrito la presencia de historia familiar en porcentajes elevados de pacientes con glomerulonefritis primarias, nefropatía diabética e hipertensión vasculorrenal. La presencia de poliuria, polaquiuria, disuria, alteraciones compatibles con prostatismo o edemas, inclinaría la balanza a favor de una hipertensión de causa secundaria.

La exploración física en el caso de hipertensión arterial esencial va a recoger pocos o ningún dato útil para el

TABLA 3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE LA HTA

	Grupo A (sin fc riesgo, ni LOD/ECV)	Grupo B (1-2 fc riesgo que no sea DM, sin LOD/ECV)	Grupo C (>3 fc riesgo y/o LOD/ECV/DM)
Normal/Alta (130-139/85-89)	Modificar estilo de vida Control TA en primer año	Modificar estilo de vida Control de TA en primer año	Tratamiento farmacológico si DM, Insf. Cardíaca o Insf. Renal
Estadio 1 (140-159/90-99)	Modificar estilo de vida (hasta 12 meses)	Modificar estilo de vida (hasta 6 meses)	Tratamiento farmacológico
Estadio 2 (160-179/100-109)	Modificar estilo de vida (hasta 6 meses)	Modificar estilo de vida (hasta 6 meses)	Tratamiento farmacológico
Estadio 3 (>180/>100)	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

diagnóstico. Si serán datos sugestivos de hipertensión secundaria el aumento del tamaño renal o la presencia de soplos de origen arterial.

En el caso de hipertensión arterial con nefroangioesclerosis, los datos de laboratorio más relevantes serían la presencia de hiperuricemia desproporcionada al grado de insuficiencia renal, y el hallazgo de elevación discreta de la glucemia. En el caso de la hipertensión arterial secundaria el hallazgo de Proteinuria en rango nefrótico (<3 gr/día) es más frecuente, como lo es el hallazgo de alteraciones en el sedimento (hematuria, leucocituria, cilindros). Una diferencia de más de 2 cm entre las siluetas renales en la radiografía simple de abdomen, apoyaría la hipertensión arterial vasculorrenal o hipertensión arterial asociada a una neuropatía unilateral (riñón hipogenético, pielonefritis crónica, riñón mástil, tumor renal). La ecografía renal también puede aportar datos diagnósticos en este sentido. Dada la frecuencia de presentación de nefropatía IgA entre las glomerulonefritis primarias, la determinación del nivel sérico de inmunoglobulina «A» pueden ser de interés si se sospecha la presencia de una glomerulonefritis primaria. Sin embargo, es frecuente que la única forma de llegar a un diagnóstico de certeza dependa de la realización de una biopsia renal.

El pronóstico de un paciente con HTA secundaria dependerá de la presencia de una HTA maligna supone siempre un peor pronóstico, aunque desde el punto de vista de la evolución renal el pronóstico es peor en las hipertensiones de origen secundario. La Proteinuria constituye, un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal progresiva. El hallazgo de Proteinuria elevada, independientemente de cuál sea su origen, supone un peor pronóstico para el paciente.

Una insuficiencia renal de evolución rápida habla, en general, de un origen secundario de la hipertensión y del daño renal acompañante. La nefroangioesclerosis sigue habitualmente una evolución lenta hacia la insuficiencia renal avanzada.

El tipo de neuropatía ha sido citado como influyente en el pronóstico de los pacientes con insuficiencia renal, siendo la evolución más rápida en los portadores de glomerulonefritis primarias y nefropatía diabética. Este hecho podría depender, no tanto del tipo de neuropatía, sino directamente de la mayor o menor frecuencia con la que la neuropatía se acompaña de niveles elevados de Proteinuria.

El pronóstico del paciente dependerá también de forma directa del grado de repercusión visceral extrarrenal que presente.

Actividades Científicas

❑ XIV CONGRESO DE LA SAMFYC

Jaén, 29-31 de Mayo, 2003

<http://www.samfyc.es>

Información e inscripción en el telf: 958 203511, FASE 20 CONGRESOS: secretaría técnica.

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

Málaga, 21-22 de Febrero, 2003.

<http://www.samfyc.es>

❑ IV JORNADA SOBRE VÉRTIGO Y TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Córdoba, 29 de Marzo, 2003

Información e inscripción en los telf: 958 804201/02, SAMFyC

❑ XVI CONGRESO NACIONAL REGIONAL DE WONCA-CIMF Y II ESTATAL DE MEDICINA DE FAMILIA

Nuevo Vallarta, Nayarit, México, 1-3 de Mayo, 2003

Información: Dr. Adolfo Hum Zúñiga. Telf y fax: 01 311 2 11 63 29 (tarde y noche);

01 311 2 13 54 25 (mañanas). E-mail: adohazu@yahoo.com

❑ IV CONGRESO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA-LA MANCHA: «UN FUTURO CON SALUD»

Guadalajara, 12-14 de Junio, 2003

<http://www.congresoapguada.org>

❑ **X JORNADAS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

Organiza: Hospital Regional Universitario Carlos Haya.
Málaga, 13-15 de Noviembre, 2003.
Secretaría técnica: mvictoria@uma.es;
<http://www.jornadasbibliosalud.net>

❑ **XXIII CONGRESO SEMFYC**

Barcelona, 10-13 de Diciembre, 2003
<http://www.congresosemfyc.org>

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

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.

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya diez 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

