

# Medicina de Familia Andalucía

## **Editorial**

- 99 Plan de Diabetes de Andalucía

## **El espacio del usuario**

- 102 ¿Responderá el nuevo sistema asistencial por procesos a las expectativas del usuario de la sanidad?

## **Originales**

- 104 Aproximación a las deficiencias de calidad en un centro de salud a través del método de la escucha activa.
- 111 Efecto sobre la respuesta presora y la frecuencia cardiaca de la medicación antihipertensiva usada en un centro de salud urbano.
- 119 Utilización de servicios, medidas preventivas y educación sanitaria de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en atención primaria (AP).
- 124 Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente.
- 130 Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar.

## **Original breve**

- 136 El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas.

## **Sin bibliografía**

- 139 Casos raros en Atención Primaria: visión de un residente.

## **141 Cartas al director**

## **142 Publicaciones de Interés**

## **¿Cuál es su diagnóstico?**

- 147 Pérdida de visión monocular con leucocoria

## **149 Actividades Científicas**



Hubo anuncio



## Sumario

---

### **Editorial**

- 99 Plan de Diabetes de Andalucía

### **El espacio del usuario**

- 102 ¿Responderá el nuevo sistema asistencial por procesos a las expectativas del usuario de la sanidad?

### **Originales**

- 104 Aproximación a las deficiencias de calidad en un centro de salud a través del método de la escucha activa.  
111 Efecto sobre la respuesta presora y la frecuencia cardiaca de la medicación antihipertensiva usada en un centro de salud urbano.  
119 Utilización de servicios, medidas preventivas y educación sanitaria de los pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en atención primaria (AP).  
124 Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente.  
130 Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar.

### **Original breve**

- 136 El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas.

### **Sin bibliografía**

- 139 Casos raros en Atención Primaria: visión de un residente.

### **141 Cartas al director**

### **142 Publicaciones de Interés**

#### **¿Cuál es su diagnóstico?**

- 147 Pérdida de visión monocular con leucocoria

### **149 Actividades Científicas**



Official Publication of the  
Andalusian Society of Family  
and Community Medicine

# MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 4, N.º 2, may 2003

## Contents

---

### **Editorial**

- 99 Andalusian Plan for Diabetes.

### **The Consumer's Corner**

- 102 Will process-oriented management of the health care system meet consumers' expectancies?

### **Original Articles**

- 104 Using the Active Listening Method to Learn About Defects in Quality in a Primary Health Center.  
111 The Effect of Antihypertensive Medication on Pressor Response and Cardiac Frequency Among Patients in an Urban Health Center.  
119 Health Services' Utilization, Preventive Strategies and Health Education Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Primary Health Care.  
124 Sexuality and Sources of Information in a School-Aged Adolescent Population.  
130 Family, Psychological Disorders and Vital Family Cycle.

### **Review Article**

- 136 Companions Who Accompany Patients During the Clinical Interview: Frequency and Techniques Used.

### **Without Bibliography**

- 137 Unusual cases in health care: a resident's view.

### **141 Letters to the Editor**

### **143 Publications of Interest**

### **Which is Your Diagnosis?**

- 147 Loss of monocular vision with leukocoria.

### **149 Scientific Activities**

# 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 Residetes*

Enrique Gavilán Moral

## *Vocal de Relaciones Externas*

José Manuel Cabrera Rodríguez

## *Vocal Provincial Málaga*

José Manuel Navarro

*e-mail: navarrojnez@teleline.es*

## *Vocal Provincial Huelva*

Jesús E. Pardo Álvarez

*e-mail: jeparedes10@teleline.es*

## *Vocal Provincial Jaén*

Eduardo Sánchez Arenas

*e-mail: esanchez13@hotmail.com*

## *Vocal Provincial Granada*

Romualdo Aybar Zurita

*e-mail: aybar@samfyc.es*

## *Vocal Provincial Córdoba*

José García Rodríguez

*e-mail: jngarcia@samfyc.es*

## *Vocal Provincial Cádiz*

Manuel Lubián López

## *Vocal Provincial Sevilla*

M<sup>a</sup> 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.*  
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*  
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*  
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*  
M.<sup>a</sup> Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*  
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*  
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*  
Luis Périola de Torres. *Córdoba.*

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

## Representantes internacionales

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

## Medicina de Familia. Andalucía

### Envíos

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

### Para Correspondencia

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

Página web: <http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>  
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»  
e-mail: [revista@samfyc.es](mailto:revista@samfyc.es)  
[samfyc@samfyc.es](mailto:samfyc@samfyc.es)

Webmaster: 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: 958 804 201/02.

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: +34 958 804 202.

## EDITORIAL

# Plan Integral de Diabetes de Andalucía

Fernández Fernández I<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Directora del Plan Integral de Diabetes de Andalucía.

El Plan Integral de Diabetes es un plan de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que se plantea como un instrumento que permite el mejor abordaje de las distintas fases de la historia natural de la diabetes (prevención primaria, detección precoz, seguimiento y tratamiento para disminuir las complicaciones...) a través de una estrategia global que integre las intervenciones más adecuadas en orden a prevenir, curar o asistir, así como a formar e investigar sobre las causas y soluciones de la enfermedad. El Plan se basa en una serie de principios:

- *Centrado en la persona*: se proporcionarán la información y las herramientas necesarias para capacitar («dar el poder») al individuo para adoptar estilos de vida saludables y dirigir el control de su enfermedad.
- *Desarrollado en cooperación*: se debe fomentar el establecimiento de pactos y negociación entre el individuo y el equipo de salud, en un entorno de toma de decisiones compartidas sobre los objetivos y el plan de seguimiento.
- *Equitativo*: los servicios se deben planificar para cubrir las necesidades de toda la población y los individuos, incluyendo grupos específicos.
- *Integrado*: Los conocimientos y habilidades de todos los profesionales implicados deben integrarse en un equipo multidisciplinar que incluya a la Atención Primaria y a los Servicios Especializados y distintos sectores públicos, con el fin de asegurar la continuidad de cuidados y un sistema de apoyo que garantice la mayor autonomía posible.
- *Orientado a los resultados*: los esfuerzos deben dirigirse a reducir la incidencia y el impacto de la diabetes.

Para la elaboración del Plan se han utilizado los siguientes elementos:

1. Análisis de situación, desde un punto de vista epidemiológico, de organización de la asistencia y de recursos disponibles.
2. Expectativas de pacientes con diabetes y familiares.
3. Aportaciones del grupo de trabajo del Proceso Asistencial Integrado Diabetes, e identificación de oportunidades de mejora.

Análisis de situación. Datos más relevantes

*Prevalencia*: se estima que un 6% de la población tiene diabetes (conocida y no conocida).

*Incidencia*: DM1 → 16 casos por 100.000 personas y año, con tendencia creciente.

DM2 → 60-150 casos por 100.000 personas y año

*Mortalidad*: Ocupa el 6.º lugar entre las causas de muerte (3.º en las mujeres y 8.º en hombres). El total de fallecidos con diabetes en Andalucía en el año 2000: 1745 (3% del total de muertes). Los Años Potenciales de Vida perdidos (APVP) en Andalucía son 47 en hombres (por 100.000 habitantes) y 31 en mujeres (por 100.000 habitantes). Tendencia (1975-2000): Aumento del número absoluto (por envejecimiento de la población y aumento de la prevalencia de diabetes), con disminución de las tasas estandarizadas ajustadas por edad) y de los APVP.

*Morbilidad*:

Complicaciones agudas: Cetoacidosis diabética 11,7 casos/100.000 habitantes/año en el año 2000 (datos procedentes del CMBD, cifras estabilizadas 1998-2000). Descompensación hiperglucémica, hiperosmolar 4,6 casos/100.000 habitantes/año (Datos procedentes del CMBD, discreto aumento desde 1998, posiblemente relacionado con el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de diabetes).

Complicaciones crónicas:

- *Retinopatía diabética*: según estudios puntuales en algunas zonas de nuestra comunidad, la prevalencia de retinopatía es del 51,4-73,3% en personas con más de 10 años de evolución de la diabetes.
- *Insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo*: El porcentaje de los pacientes con este proceso, cuya enfermedad renal primaria es la diabetes es, en Andalucía, aproximadamente el 10% (casos prevalentes). En relación a los casos incidentes, en el año 2000, en España un 23% de las personas que iniciaron tratamiento renal sustitutivo tenían diabetes, y en Andalucía un 21%.
- *Enfermedad cardiovascular*: Las tasas de ingresos de pacientes con diabetes con IAM o Ictus se mantienen estables de 1998-2000.
- *Amputaciones*: la tasa de amputaciones ha aumentado de 16 a 18 por 1000 habitantes y año. Sin embargo ha disminuido la tasa de pacientes amputados, de lo que se deduce que lo que está aumentando es la tasa de reamputaciones.

*Ingresos hospitalarios*: En el año 1999 se produjeron un total de 52.454 ingresos de personas con diabetes, un 10% del total de ingresos, que representan un 14% del total de estancias. La

estancia media fue 4 días superior en las personas con diabetes que en las sin diabetes. Del total de los ingresos, 5% fueron debidos a complicaciones agudas, 40% a complicaciones crónicas (33% enfermedad cardiovascular) y 55% por patología no relacionada con la diabetes.

La valoración de las necesidades y expectativas de los usuarios han sido un aspecto clave para la elaboración del Plan Integral de Diabetes, pues ha permitido obtener información útil a la hora de establecer las líneas de acción del mismo, orientadas a dar respuesta a las demandas de los usuarios en una estrategia de mejora continua de la calidad. Para el análisis de las «Expectativas de pacientes y familiares en el proceso asistencial de la diabetes» se ha empleado una metodología cualitativa basada en 4 grupos de discusión (grupos focales), 2 grupos con personas con diabetes tipo 1 y sus familiares y otros 2 grupos con pacientes con diabetes tipo 2 y familiares. La información ha sido analizada mediante procedimientos de análisis cualitativo (análisis de contenido), y se ha organizado en función de las 8 variables del modelo SERVQUAL<sup>1</sup> de calidad percibida: tangibilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta, cortesía, comprensión, comunicación, competencia y seguridad.

Los elementos claves del análisis de expectativas de los pacientes con diabetes y familiares en relación con los servicios sanitarios que merecen una especial atención son los siguientes:

- Mayor accesibilidad a la información y al material necesario para el tratamiento.
- Cita única y coordinada para las distintas necesidades planteadas.
- Accesibilidad a profesionales con las competencias adecuadas.
- Coordinación entre todos los que me atienden.

### Oportunidades de mejora

Considerando el diagnóstico de situación de la diabetes en Andalucía, así como las expectativas de los pacientes y cuidadores principales y los recursos existentes, se detectan áreas prioritarias de actuación, a partir de las cuales se establecen los objetivos del plan y las líneas de acción.

### Objetivos del Plan de Diabetes

El Plan Integral de Diabetes de Andalucía comporta una serie de actuaciones que suponen cambios organizativos, funcionales y de formación de los profesionales, así como financiación específica para conseguir los siguientes objetivos:

1. Reducir la incidencia de la diabetes en Andalucía.
2. Reducir el impacto de la diabetes (complicaciones y mortalidad).
3. Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.
4. Garantizar a los pacientes con diabetes un atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial des-

de la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento de calidad integral.

5. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
6. Aumentar el grado de conocimiento e información de la población sobre la Diabetes.
7. Construir el futuro invirtiendo en la formación de los profesionales y en la investigación para la lucha contra la enfermedad y sus repercusiones.

### Líneas de acción

Para obtener los objetivos planteados se establecen líneas de actuación en las siguientes áreas:

- Comunicación e información.
- Prevención Primaria.
- La Atención Sanitaria al Paciente con Diabetes: Gestión del Proceso Asistencial.
- Sistemas de información.
- Voluntariado y grupos de ayuda: Asociaciones.
- Formación y desarrollo profesional.
- Investigación e innovación.
- Potenciación de la red andaluza de atención a la diabetes.
- Desarrollo normativo: Consejo Asesor sobre Diabetes en Andalucía.

Entre todas estas las líneas de acción que se establecen, hay una serie de actuaciones novedosas que merecen atención específica:

Se plantea el establecimiento de estrategias para la mejora en la accesibilidad a la Información por parte de la población en general y por los afectados por la diabetes, en particular. Junto a diferentes campañas divulgativas se va a introducir una línea de información telefónica permanente y un apartado específico en la web, con foros y consulta abierta tanto para los profesionales como para todos los ciudadanos, así como facilitación de la accesibilidad a la educación terapéutica, para capacitar a los afectados a participar en el control de su diabetes.

Un apartado central del Plan es el *rediseño del modelo sanitario, a través de la Gestión del Proceso Asistencial*. La Diabetes se incluye como uno de los procesos priorizados en el Plan de calidad de la Consejería de Salud, con estructuración de la atención alrededor de un modelo de cuidados compartidos, con establecimiento de un sistema de registro adecuado a un proceso crónico, planificación de visitas y establecimiento de sistemas de recaptación. La Historia Única de Salud y la cartilla de la diabetes serán instrumentos que favorecerán este modelo de cuidados compartidos. Los elementos claves en el desarrollo del Proceso son: La detección precoz de la Diabetes. La Planificación del Tratamiento y seguimiento y la Educación terapéutica. Se abordan actuaciones sistemáticas para la mejora del control y la detección precoz y tratamiento de las complicaciones de la diabetes. Se establece la dotación y renovación de tecnología para la detección precoz y tratamiento de la retinopatía diabética en los centros sanitarios (retinógrafos digitales, unidades de laserterapia para fotocoagulación retiniana), de forma que se garan-

<sup>1</sup> SERVQUAL, modelo sobre calidad percibida de Parasuraman, ampliamente utilizado en el ámbito sanitario.

tiza la accesibilidad del paciente y un tratamiento adecuado, la dotación de un arco digital de radiología para cirugía de revascularización de pequeños vasos en centro de referencia en Andalucía Occidental, que complemente el ya existente en un centro de Andalucía Oriental. Se considera el desarrollo de programas específicos apoyados en la telemedicina, y la Inclusión de las bombas de infusión de insulina subcutánea como tratamiento de rescate para pacientes que cumplan los requisitos establecidos en el Plan (pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento insulínico intensivo, mujeres en edad fértil en programación de embarazo o embarazadas). Asimismo los factores de riesgo cardiovascular y los problemas psicológicos son otros de los aspectos que se abordan en la mejora de la atención a las personas con diabetes. En definitiva, se incide en una organización de trabajo horizontal, con la cooperación de Atención Primaria y Especializada, la definición de estándares de calidad para cada paso asistencial, el establecimiento de recomendaciones basadas en la evidencia científica, y la determinación de las necesidades y competencias precisas de cada profesional que interviene en el proceso.

Un elemento importante es la organización de la atención en régimen de Hospital de Día en los centros sanitarios para indicaciones establecidas, con la consiguiente repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas, pues hasta ahora obligaban al ingreso hospitalario, sin ser estrictamente necesario. Dada la relevancia del Laboratorio en la atención diabética, se establecen medidas para la puesta en marcha de métodos de estandarización y control de calidad de técnicas de laboratorio (glucemias, hemoglobinas glucosiladas, microalbuminuria...).

Se considera la *adecuación de los recursos humanos*, dirigida a conseguir el equilibrio territorial en nuestra comunidad. Se plantea el reconocimiento de la figura de un profesional responsable del Proceso Diabetes en todos los centros sanitarios (hospitales y centros de salud). Se establece el *grupo de referencia* de Diabetes en la comunidad autónoma Andaluza, integrado por representantes de todos los colectivos profesionales implicados, para seguimiento y actualización del proceso asistencial.

Se contemplan *actuaciones específicas para grupos especiales*, como la atención al niño con diabetes, la mujer en edad fértil o embarazada, el paciente hospitalizado, las personas con diabetes y discapacidad...

Se propone el desarrollo de un *Plan de Formación específico* que adecue las competencias de los profesionales a las definidas en el mapa de competencias del Proceso Diabetes.

Se da un impulso del *Plan de Investigación*, fomentando especialmente las líneas de investigación básica, epidemiológica, en prevención primaria e investigación clínica. En este sentido es importante destacar el establecimiento de un marco legal en Andalucía que respaldará la investigación sobre células madres embrionarias, para la obtención de células productoras de insulina y el trasplante de islotes, como alternativa terapéutica de la diabetes.

*Las asociaciones de pacientes con diabetes* desarrollan una labor de gran importancia en nuestra sociedad. El conocimiento de la realidad del paciente con diabetes les posibilita para actuar como vehículo de transmisión de su problemática a la organización sanitaria, al tiempo que contribuyen a sensibilizar a la sociedad acerca de esta enfermedad. Además, aportando su propia experiencia contribuyen a la mejora de la calidad de vida del paciente con diabetes, y sobre todo en las fases iniciales, enseñándoles a ellos y su familia a aceptar y convivir con la enfermedad. Por ello en el Plan una línea va dirigida a la potenciación e impulso de acciones conjuntas con las Asociaciones de diabéticos.

*Los sistemas de información* son un pilar básico para la implantación y desarrollo del Plan Integral de Diabetes, ya que proporcionan datos que permiten la planificación, gestión y evaluación del mismo. Siendo asimismo instrumento de apoyo para la asistencia, para las actividades de formación y para la investigación. Una de las líneas de acción trata sobre la incorporación de herramientas de mejora en los sistemas de información.

Existe en Andalucía una *Comisión Asesora sobre la Diabetes*, como órgano asesor de la Consejería de Salud, y se realiza una propuesta de actuación respecto al Plan andaluz de salud.

## EL ESPACIO DEL USUARIO

# Calidad asistencial y participación social

Gómez Aranda F<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Responsable de FACUA en el Consejo Andaluz de Salud

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía estableció, al inicio de la presente legislatura del Gobierno Andaluz, que el ciudadano se convertiría en el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y por ello sus necesidades, demandas y satisfacción, serían los objetivos fundamentales de la Política Sanitaria Andaluza.

En este sentido la Consejería de Salud hacía una apuesta por la calidad en la atención sanitaria, entendida como un concepto integral con múltiples variables, entre las cuales la satisfacción de los ciudadanos era el elemento irrenunciable que definía la calidad. Con estas perspectivas crea el Plan de Calidad como marco de referencia en materia de calidad en salud.

Este marco establece un enfoque de calidad centrado en el elemento básico del sistema sanitario: el proceso asistencial, integral y único entendido desde la perspectiva del ciudadano, conformando el concepto de Continuidad Asistencial.

La Continuidad Asistencial pasa a ser el criterio clave y determinante que inspira el tipo de oferta asistencial. Se opta por un enfoque de calidad integral en el que el ciudadano sea el eje central del sistema y el receptor final de los beneficios que genere el SSPA.

También es de destacar que en el documento del Plan de Calidad se hace especial énfasis en la importancia de una Línea Estratégica de Comunicación. Para el ciudadano, la línea de comunicación está dirigida a garantizar la información, transparencia y participación en el sistema. Como protagonista de su proceso asistencial recibirá la comunicación que estrecha lazos en tres ámbitos: eliminación de dualidades y barreras ya sea entre centros o entre profesionales, recibir un servicio personalizado y ser receptor de un valor añadido en la asistencia a su proceso.

La aplicación del Plan de Calidad se concreta en la Gestión por Procesos, herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total, procurando asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en los trabajadores de la sanidad y en el proceso asistencial. Incluye además un elemento de vital importancia, la continuidad en la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada, sin escalones insalvables entre niveles que fragmenten y dividan la asistencia.

Durante los dos últimos años se han estado abordando por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía patologías rele-

vantes que conformaran por su importancia clínica y/o prevalencia el primer mapa de procesos clínicos. Contemplan la forma más adecuada para abordar esas patologías con el nuevo modelo asistencial por procesos. Recientemente se inicia la implantación de algunos de ellos.

Esta asociación de consumidores, (FACUA), conoce desde sus inicios, desde la presentación del Plan de Calidad, el cambio del modelo asistencial diseñado por la Consejería de Salud de Andalucía. Lo hemos apoyado en los diferentes Foros donde se ha presentado y tuvimos la oportunidad de intervenir, especialmente en nuestra participación como miembros del Consejo Andaluz de Salud. Facua ha apostado siempre por un Modelo Sanitario Público de Salud y hemos apoyado sistemáticamente aquellas iniciativas que favorecieran una mejora de la calidad en la asistencia.

Entendíamos que el nuevo modelo daba respuesta a distintas reivindicaciones que los usuarios de la sanidad pública veníamos solicitando y explicitaba cuestiones como la participación del usuario y la desaparición de barreras entre los diferentes niveles asistenciales que tantas dificultades han generado en la atención a los enfermos.

La primera ocasión de participar los usuarios en el nuevo modelo asistencial la hemos tenido en el diseño de los diferentes procesos. La realización de encuestas y entrevistas a los usuarios ha permitido conocer las expectativas de los pacientes en cada uno de ellos. Esta información ha servido para que los diseñadores de los procesos recojan las preocupaciones, inquietudes y deseos del usuario en materia de salud y los articulen en esos documentos que van a servir de guía en la aplicación del modelo asistencial.

He revisado los documentos finales, ya publicados, del primer mapa de procesos y me ha llamado la atención que, aun siendo patologías distintas, existen peticiones, deseos, exigencias, en definitiva expectativas, que son comunes a muchas de ellas. Quiero exponer aquí, y es el motivo principal de este escrito, algunas de esas peticiones que hacemos los usuarios a los gestores del sistema sanitario público.

### Accesibilidad

- Que se agilicen las demandas de atención para las consultas de especialista.

- Tener acceso igualitario al sistema, sin «enchufismos».
- Que se cumplan los horarios de las citas.
- Acceso telefónico para trámites administrativos.
- Flexibilidad en los horarios de consulta (consultas por las tardes).
- Conocer, el día de visita, la fecha de la próxima revisión.

En definitiva el usuario sanitario quiere que cuando tiene un problema de salud lo atiendan pronto, personas cualificadas para tratar su enfermedad y sin trámites engorrosos o complicados que le dificulten el acceso a los niveles sanitarios adecuados.

### Comunicación

- Que se me dedique el tiempo necesario, que se me escuche.
- Que me informen detalladamente del proceso, utilizando un lenguaje sencillo.
- Que se me brinde un trato personalizado.
- Que no se me atemorice o amenace para conseguir un seguimiento del tratamiento o de algunas exploraciones.

Cuando asistimos a una consulta médica lo más importante para nosotros es nuestro problema de salud. Queremos que el profesional nos escuche sin prisas, sin mirar continuamente el reloj ni que esté pendiente de cuantos pacientes más tiene en la sala de espera. Cada uno de nosotros es, no el «enfermo anónimo», sino *fulanita de tal* con la enfermedad cual. Uno de los componentes más importantes de cualquier enfermedad es la carga de angustia que genera el desconocimiento y por eso pedimos información clara, sencilla y entendible que nos ayude a eliminar esa angustia.

### Cortesía

- Que se cuide la forma en que se comunican las noticias o se hacen las preguntas.
- Que se reciba un trato agradable.
- Que se perciba interés por parte del profesional.

La percepción de que el profesional que nos atiende está verdaderamente interesado por nuestro problema de salud, sin que se note que pueda estar atendiéndonos por una tediosa obligación, abre el camino a una buena comunicación y a depositar en él la confianza necesaria para la adecuada solución del problema médico.

### Capacidad de respuesta

- Que no se den largas al paciente si no existe capacidad o medios para resolverle el problema.
- Que se solicite, si fuera necesario, la opinión de otro/otros especialistas.

- Que no se demore una urgencia.

Entendemos que para un enfermo no hay nada más angustiante que captar la sensación de que quien nos atiende no sabe o no puede, por falta de conocimiento o por falta de medios, resolver nuestro problema médico y va dando largas al caso, sin tomar ninguna decisión eficaz.

### Competencia

- Que los profesionales sean los adecuados.
- Que desde la primera visita se haga un estudio completo, se haga un diagnóstico adecuado y se instaure el tratamiento correspondiente.
- Que se hagan los controles en las fechas adecuadas y con cita previa.
- Que no se tengan que repetir pruebas innecesarias.
- Continuidad en la asistencia sin escalones insalvables.

Queremos ser atendidos por profesionales formados, competentes, dentro de una organización eficaz

### Comprensión

- Que el médico entienda mi enfermedad y sea comprensivo.

El personal sanitario debe entender que está tratando con un enfermo más o menos grave pero, en definitiva, con una persona preocupada precisamente por eso, por sentirse enferma.

### Confort

- Queremos consultas amplias, confortables, silenciosas y con las condiciones necesarias para salvaguardar la intimidad.
- Queremos centros de atención primaria y hospitales sin masificar.
- Pedimos limpieza y en los hospitales una hostelería digna. No exigimos hoteles de muchas estrellas sino un lugar que se acerque a las condiciones de nuestro hogar

Sin ser exhaustivos hemos expuesto aquí algunas de las demandas que los usuarios hemos manifestado como necesarias para lograr una atención sanitaria de calidad y que el nuevo modelo asistencial por procesos debería contemplar, además de otras, si realmente se pretende dar un auténtico salto cualitativo en la atención sanitaria de Andalucía.

Entendemos que un cambio de estas características tan extenso y a la vez tan intenso debe ser difícil y la implantación del Nuevo Sistema, lenta. No tenemos todavía datos significativos de la atención asistencial por procesos por lo que nos damos un compás de espera, que no debe ser largo, para valorar resultados. Sufriríamos una gran decepción si tanto esfuerzo documental, tanta promesa de mejora quedara solo en eso, en una bonita idea.

## ORIGINAL

# Aproximación a las deficiencias de calidad en un Centro de Salud a través del método de escucha activa

Villatoro Jiménez V<sup>1</sup>, Serrano Guerra F<sup>2</sup>, Aparicio Benito P<sup>3</sup>, Rubio Manso I<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina de Familia y comunitaria. Centro de Salud San Andrés Torcal (Málaga); <sup>2</sup> Especialista en Medicina de Familia y comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. (Málaga); <sup>3</sup> Enfermera. Centro de Salud San Andrés Torcal (Málaga).

APROXIMACIÓN A LAS DEFICIENCIAS DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD A TRAVÉS DEL MÉTODO DE ESCUCHA ACTIVA

**Objetivo:** Identificación de las posibles deficiencias de calidad en un Centro de Salud mediante método de la escucha activa.

**Diseño:** Estudio cualitativo.

**Emplazamiento:** Centro de Salud urbano San Andrés-Torcal (Málaga).

**Población y muestra:** Profesionales (clientes internos) y usuarios (clientes externos), siendo recogidos sus opiniones por estudiantes de enfermería desconocidos en el Centro por una escucha activa.

**Resultados:** Se han recogido 71 escuchas diferentes. Al clasificarse según tipo de cliente afectado, la mayoría se refería a clientes externos (73,3%), existiendo distinto número para cada categoría profesional (médico, enfermería, admisión u otros). Al analizarlas según el factor de calidad afectado, se observó que ordenados según frecuencia afectaban a: Fiabilidad/Eficacia, Capacidad de respuesta, Seguridad/Profesionalidad, Tangibilidad o Empatía. Al comparar según los tipos de servicios y actividades afectados se comprobó una desigual distribución para cada uno de ellos, siendo el más frecuente la consulta a demanda, observándose que estaba causado por capacidad de respuesta.

**Conclusiones:** Las principales deficiencias de calidad de un Centro de Salud desde el punto de vista del usuario se refieren a la fiabilidad/eficacia y capacidad de respuesta de las actividades realizadas. Por servicios se observan más quejas en la consulta en demanda.

**Palabras clave:** calidad asistencial, investigación cualitativa, escucha activa, cliente.

USING THE ACTIVE LISTENING METHOD TO LEARN ABOUT DEFECTS IN QUALITY IN A PRIMARY HEALTH CENTER

**Goal:** To identify possible gaps in quality in a Primary Health Care Center by using the "active listening" method.

**Design:** Qualitative study.

**Setting:** An Urban Health Center located in San Andrés-Torcal (Malaga).

**Population and sample:** Nursing students, not familiar to those in the Center, gathered opinions from professionals (internal clients) and users (external clients) using the active listening method.

**Results:** Seventy-one different active listening sessions were conducted. Following their classification by the type of client, most involved external clients (73.3%). A different number existed for each professional category (doctor, nurses, admission personnel and others). When these sessions were analyzed according to the quality factor involved, the following, in order of frequency, were identified: reliability/efficacy, response capacity, security/professionalism, tangibility or empathy. When compared according to the types of services and activities involved, an unequal distribution was found for each one of them. The most frequent one was consultation on demand, which was found to be caused by response capacity.

**Conclusions:** From the users' viewpoint, the main quality defects in a Primary Health Care Center involve reliability/efficacy and response capacity regarding activities undertaken. By services, most complaints were found to be related to consultations on demand.

**Key words:** Client, active listening, welfare quality, qualitative investigation.

Correspondencia: Vicente Villatoro Jiménez. Hacienda Condemar 69. 29790 Chilches (Málaga). Tfno. 952 514 062. Email: villatoro2p1@teleline.es

Recibido el 27-09-2002; aceptado para publicación el 20-12-2002.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 104-110

## Introducción

Existe un amplio consenso sobre el hecho de que las empresas de servicios deben estar orientadas hacia los clientes<sup>1-3</sup>, entendida esta en darles respuesta a sus necesidades y expectativas<sup>2</sup> para conseguir su satisfacción. Como es de suponer la opinión sobre el servicio, satisfactorio o no, es el resultado de la prestación de la actividad solicitada así como de la interacción de múltiples elementos de la organización recibidos por la persona antes de recibir la solicitud.

Hoy en día se admite la importancia de conocer la opinión del usuario sobre el servicio. Sin embargo en el sector de salud, entre los profesionales en la realidad no ocurre esto de forma rutinaria, orientándose más en cumplir criterios científico-técnicos más que en satisfacer a los clientes externos o internos.

Actualmente en sanidad están empezando a usarse métodos de identificación de problemas u oportunidades de mejora que buscan situaciones donde la clientela no se ha sentido satisfecha con el atención prestada, por lo que es posible una mejora de la calidad<sup>4-9, 10</sup>.

Por otro lado se sabe que aproximadamente la mitad de las tareas realizadas satisfacen plenamente al cliente y sólo un 18% de éstas motivan reclamaciones escritas o verbales, aunque sólo un 3% correctamente dirigidas<sup>11</sup>.

En APS de las formas de conocer la opinión escritas más conocidas son las reclamaciones y las sugerencias depositadas en los buzones. Aunque son sencillas y fáciles de usar en la actualidad están infrutilizadas por motivos diversos. Además están limitadas por la dificultad de expresar sus ideas por escrito en algunas personas. Por esto han surgido distintas técnicas no escritas. De ellas destaca la escucha activa<sup>6, 9</sup> útil especialmente en individuos reacios a escribir sus motivos de insatisfacción pero que los comentan oralmente.

Por esto nos planteamos conocer comentarios de insatisfacción orales en sujetos sobre funcionamiento de nuestro centro de salud, como fase previa para la mejora de la calidad.

## Material y métodos

Se procede a recoger la opinión del usuario sobre los servicios prestados en un centro de salud urbano durante 10 días del mes mayo 1999, a razón de 2 horas diarias. La recogida fue realizada siguiendo un método cualitativo, escucha activa<sup>6,9</sup>. Para ello se anotaban literalmente por escrito los comentarios, sugerencias, opiniones e incidencias oídos y emitidos bien por profesionales (clientes internos) o por usuarios (clientes externos) que fueran negativos sobre el servicio o actividad prestados. Esta escucha, realizada sin el conocimiento por parte de los clientes, se realizó en a) consulta a demanda y servicio de admisión por un objeto de conciencia vinculado a nuestro centro temporalmente; y b) en las consultas de demanda, admisión, servicios comunes y atención no demorable por alumnos de enfermería. Ninguna de las personas que recogían datos eran conocida por los profesionales del centro. Antes de la recogida se explicó a los observadores oralmente que anotaran textualmente todos los comentarios que oyeran sobre el funcionamiento del centro y la persona que lo realizara independientemente del lugar donde lo escucharan.

Posteriormente se clasificaron atendiendo al tipo de clientes que emitió el comentario, tipos de servicios y actividades afectados, y factores que sirven para valorar la calidad de servicio percibido según el cliente, según Berry y Leonard<sup>2</sup>. Estos son:

- a) **TANGIBILIDAD (T)**: Aspecto de las instalaciones, equipo y personal en contacto con el público y materiales de comunicación.
- b) **FIABILIDAD/EFICACIA (F)**: Capacidad de realizar los procesos según fueran pensados. Incluye los siguientes aspectos: *coherencia, consistencia, puntualidad y decisión*.
- c) **CAPACIDAD DE RESPUESTA (CR)**: Habilidad y voluntad de servir al cliente rápida y eficazmente. Incluye la *rapidez*.
- d) **SEGURIDAD/PROFESIONALIDAD (S)**: La impresión de competencia y cortesía del personal en contacto con el público, que inspira confianza a los clientes. Incluye la *cortesía, credibilidad, seguridad y profesionalidad*.
- e) **EMPATIA (E)**: Demostración de voluntad de comprender y satisfacer las necesidades concretas del cliente. Trato sensible y personalizado. Incluye la *accessibilidad y comunicación*.

La clasificación se realizó por dos investigadores, uno del propio equipo y un usuario ajeno al equipo, presentando los resultados finales un kappa de 0,80. En las escuchas donde no había acuerdo (kappa < 0,8) se contaban los 2 factores.

## Resultados

Se recogieron 71 distintos comentarios u opiniones, 19 de profesionales o cliente interno (26,7%) y 52 de usuarios o clientes externos (73,3%), mostrada en el ANEXO 1. Estas se referían principalmente sobre médicos 24 escuchas 33,8% del total) y sobre admisión (29,6% del total). No obstante se observa que la distribución de las mismas varía según quien realice la escucha TABLA 1.

Si se clasifican según factores de calidad han resultado 85 escuchas, dado que en 14 ocasiones se han valorado con 2 factores afectados (5 de admisión, 4 de enfermería, 3 de médicos y 2 otros). Atendiendo según quien realizó la escucha estas fueron dobles en 7 internas (36,8% del total) y 7 externas (13,4% del total). Estos 85 factores son:

Fiabilidad o eficacia . . . . .	32 (37,6%)	de ellos por contarse doble 9
Capacidad de respuesta . . . . .	26 (30,5%)	de ellos por contarse doble 2
Seguridad o profesionalidad . . . . .	14 (16,5%)	de ellos por contarse doble 1
Tangibilidad . . . . .	8 (9,5%)	de ellos por contarse doble 0
Empatía . . . . .	5 (5,9%)	de ellos por contarse doble 2

Estratificados los factores según los servicios quedan expresados en la TABLA 2. El total de escuchas realizadas 71, 43 (60,5%) corresponden a 6 actividades distintas. La clasificación de estas actividades según factores afectados, queda resumido en la TABLA 3.

**TABLA 1**

Número de escuchas realizadas clasificadas según profesional a quien se dirigía y quien la realizaba (Expresados en números absolutos y porcentajes entre paréntesis para cada profesional comentado)

Escuchas sobre	Quién la realiza		Total realizadas
	Profesionales (interna)	Usuarios (externa)	
Médicos	2	22	24 (33,8%)
Admisión	4	17	21 (29,6%)
Enfermería	5	13	18 (25,4%)
Otros	8	0	8 (11,2%)
Total	19	52	71 (100%)

**TABLA 2**

Factores afectados en las escuchas según tipo de servicios analizado (Expresados en números absolutos y porcentajes entre paréntesis para cada servicio)

Servicio	Factores afectados				
	Capacidad de reacción	Seguridad o profesionalidad	Fiabilidad o eficacia	Tangibilidad	Empatía
Admisión	7 (25,0%)	8 (28,5%)	9 (32,3%)	4 (14,2%)	0 (0%)
Enfermería	5 (22,8%)	5 (22,8%)	3 (13,6%)	5 (22,8%)	4 (18,2%)
Médicos	15 (48,4%)	1 (3,1%)	10 (29,5%)	4 (12,9%)	1 (3,1%)
Otros	0 (0%)	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	0 (0%)
Total	27 (30,4%)	18 (20,2%)	24 (26,9%)	15 (16,9%)	5 (5,6%)

**TABLA 3**

Actividades donde se realizan escuchas más frecuentes clasificados según factores afectados (Expresados en números absolutos y porcentajes entre paréntesis para cada actividad)

Factores afectados	Actividades realizadas en el Centro de Salud (número de escuchas del total)					
	Consulta médico <sup>13</sup>	Atención no demorable <sup>9</sup>	Cita previa <sup>9</sup>	Extracciones <sup>4</sup>	Sala de curas <sup>4</sup>	Funcionamiento admisión <sup>4</sup>
Capacidad de reacción	8 (50%)	6 (54,5%)	2 (20%)	2 (50%)	1 (20%)	2 (50%)
Seguridad	1 (6,3%)	0 (0%)	4 (40%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)
Fiabilidad o eficacia	5 (31,3%)	3 (27,3%)	3 (30%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)
Tangibilidad	2 (12,4%)	1 (9,1%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)
Empatía	0 (0%)	1 (9,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)
Total	16 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	4 (100%)	5 (100%)	4 (100%)

## Discusión

Evidentemente al recibir un servicio se tienen juicios. De los que se comentan, por parte de los clientes internos/externos, podemos tener una aproximación a las posibles deficiencias del servicio. Para ello es preciso una recogida textual de los comentarios por parte de los usuarios y una interpretación y análisis por parte de los investigadores. Por tanto la valoración de las deficiencias depende de la interpretación de los investigadores de los comentarios emitidos y del adecuado registro del comentario realizado.

Respecto a los resultados obtenidos resalta el alto número de escuchas recogidas, preferentemente de clientes externos. Estos resultados se han obtenido con bajos recursos, especialmente en comparación con otros métodos de participación del usuario<sup>5, 6, 9</sup>. Por otro lado, muchas de las situaciones detectadas en las escuchas realizadas no se hubieran podido identificar con los sistemas de registro actuales como, por ejemplo, cuando nos comentan «Hay colas por todos lados» o «El archivo es un caos».

A la hora del análisis de los resultados, resaltamos varios aspectos.

En primer lugar hay varias actividades o servicios en donde el usuario recibe un mayor número de impresiones negativas, y por tanto causa sensación de peor calidad para los clientes<sup>4</sup>. Estas son: para la Consulta del médico («Me paso más tiempo esperando para entrar que lo que hay voy a hacer dentro: sólo vengo por recetas»); Atención no demorable («si el que está por lo que sea se ausenta, hay que dar mil vueltas para encontrar a alguien»); Cita previa («El teléfono comunica constantemente»); Extracciones («Tardan en recoger la orina. Me tengo que ir a trabajar»); Sala de curas («Pues vaya, dos o tres días viniendo y todavía no me han lavado y hoy cortan el agua»); y Funcionamiento admisión («Esto parece una feria»). De éstas la mayoría se refieren a retraso en la entrada, funcionamiento de las mismas y problemas de citas, descrito por otros autores<sup>12, 13</sup>. Estos aspectos tienen gran importancia dado que el tiempo de espera puede afectar a la comunicación entre médico y paciente<sup>14</sup>, se relaciona la accesibilidad con la satisfacción del usuario<sup>15</sup>, causando un efecto decisivo en la percepción de la calidad<sup>16</sup> por parte de usuario.

Además las escuchas recogidas ayudan a entender como ven y sienten el servicio que se les presta («Nos hacen venir un día por recetas, nos dicen un día y cuando vienen no están»; «Hay muchos días de demora», entre otros). Esto se explicaría por el mayor interés de los usuarios por la forma de prestar los servicios. Este hecho coincide con lo descrito en otras empresas de servicios<sup>11, 16</sup>.

En segundo al analizar según los distintos factores que para el usuario sirven para valorar la calidad del servicio destaca que, en nuestro caso, la capacidad de respuesta y la fiabilidad originan un 68,1% del total de escuchas. Esto coincide con otras empresas de servicios<sup>2</sup> y difiere con lo encontrado por otros autores<sup>15</sup>, donde los usuarios externos valoraron más del centro de salud la presencia de una historia clínica. Este hecho se explicaría dado que las expectativas y las necesidades son cambiantes en el tiempo, lugar y para los propios personas entrevistadas.

Tanto las escuchas referidas a problemas de eficacia («Esta es el nueve y ahora que acaba de llegar se quiere colar») como los referidos a disfunciones en la capacidad de respuesta («Lleva un cuarto de hora de retraso») serían susceptibles de ser solucionados o mejorados preferentemente con medidas de organización e informativas debatidas con los implicados desde el propio centro de salud.

Las implicaciones de estos hallazgos son claras: lo más importante para nuestros usuarios es que nuestro centro de salud le preste un servicio fiable y cuidadoso («La otra vez que estuve aquí me tuve que ir a urgencias para que me ingresaran en el clínico»), y hacerlo bien a la primera («Estoy harta de venir en vano»).

En tercer lugar al analizar según las relaciones entre los participantes en el servicio (destinatarios del servicio, profesionales y gestores) resalta la influencia de nuestras acciones en los demás como ocurre en la coordinación de avisos del médico («No se sabe quien está») o en la información sobre la consulta de enfermería («Que informe admisión que es la consulta de la TA»);

Un hecho importante de este aspecto aparece al realizar comentarios los profesionales sobre los pacientes que generan expectativas y si no se cumplen causan insatisfacción, como ocurre en las recetas («Nos hacen venir un día por recetas, nos dicen un día y cuando vienen no están»). Este hecho ya ha sido comentado por otros autores<sup>11</sup>.

Estos resultados lo hemos de interpretar teniendo en cuenta con una serie de limitaciones<sup>17, 18</sup>.

a) De la propia técnica del estudio. En su realización pueden existir otras escuchas no recogidas, comentadas pero no anotadas o anotadas incorrectamente. También se han recogido sólo las opiniones negativas, no las positivas, elementos importantes para mantenerlas, posiblemente debido a la propia valoración del observador dado que no hubo normas definidas escritas en el adiestramiento de los mismos, sólo normas orales de recoger los comentarios, sin aclarar que fueran tanto positivos como negativos. Estas opiniones y juicios negativos, que no siempre son problemas de calidad, posiblemente variarían en otro período de tiempo, al estar influida la opinión del cliente interno por elementos dependientes del sistema de trabajo (sobrecarga asistencial, características personales del individuo, etc.), mientras que la del cliente externo se vería influida por demanda asistencial, experiencias previas, cualidades personales como edad, sexo, capacidad para expresarse, etc.

b) Otras estarían relacionadas con variables como: inexperiencia en los entrevistadores, no pilotaje sobre la forma de realizarlo, el desconocer el tiempo transcurrido entre emisión de la opinión y la recogida por parte de los observadores, entre otros.

Al ser un estudio cualitativo se hace más énfasis en observar y generar hipótesis que en generalizar los hallazgos. Esta generalización (validez externa) esta determinada por el contexto de la propia investigación, participantes e investigadores. No obstante, dado que la técnica fue usada en el contexto del trabajo habitual, pensamos permite tener una aproximación a visión global del mismo.

Por todo lo anterior nos parece que la propia administración, gestores y profesionales hemos de impulsar un cambio de cul-

tura<sup>2,8</sup> en la forma de trabajar. Esto se refiere especialmente en recoger sistemáticamente la opinión de los demás, reflexionar sobre ellas, impulsar diálogos dinámicos y ágiles entre todos, favorecer el consenso y conseguir que estas conduzcan a cambios operativos en la organización y gestión en función de estas necesidades y expectativas de todos. En este sentido se están usando ya metodologías para implantación de un plan de mejora de calidad<sup>9</sup> con alta participación de distintos actores del servicio sanitario; se ha descrito la utilidad de una comisión de garantía de calidad en un Centro de Salud para resolver distintos problemas<sup>19, 20</sup> y formas de analizar y corregir los desfases que se producen entre el diseño y el suministro del servicio<sup>1, 2, 11</sup>.

Hacer bien nuestro trabajo es algo que nos parece que todos buscamos. No obstante esta idea tan simple tiene distintos significados para cada uno, dado que no basta sólo con realizar una actividad sino que influyen también otros elementos del proceso de realizarlo que condicionan que el resultado final sea o no de calidad. Por tanto hemos de tener claro los profesionales que la calidad del servicio o actividad prestada es responsabilidad de todos.

Las consecuencias teóricas de nuestro estudio son que la metodología de escucha activa de la opinión del cliente interno/externo es muy útil para valorar la calidad en Atención Primaria, pudiendo aplicarse en distintas circunstancias y generando abundante información sobre los motivos de insatisfacción del usuario, especialmente de aquello que más le preocupa. Por ello pensamos que su empleo, complementada con otras técnicas de opinión de usuario, puede ser básico para la evaluación de la calidad de un centro de salud, favorecer el diálogo y compromiso entre los implicados como paso previo de una mejora de la calidad. Además podría servir para conocer expectativas y necesidades, de forma indirecta, como paso previo de encuestas de satisfacción específicas.

Las consecuencias prácticas para nuestro centro han sido conocer las principales deficiencias de calidad de un Centro de Salud desde el punto de vista del usuario se refieren a la fiabilidad/eficacia y capacidad de respuesta de las actividades realizadas. Por servicios se observan más quejas en la consulta en demanda. Además resaltamos la influencia de nuestro trabajo en los demás.

## Bibliografía

1. Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
2. Zeithalm VA, Parasuranam A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
3. Peters T, Waterman R. En busca de la excelencia. Barcelona: Folio; 1991.
4. Palmer R, Nesson R. A Review of methods for ambulatory medical Care Evaluations. *Medical Care* 1982; 20: 758-81.
5. Palmer R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
6. Planes A. Métodos de detección de problemas. En: Marquet R. Garantía de Calidad en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1993. p. 47-64.
7. Marquet R, Avellana E, Davins J. La Calidad en Atención Primaria de Salud: Nuevas perspectivas. I. La planificación de la calidad. *FMC* 1994; 1:7-18.
8. Aranda JM. Nuevas perspectivas en atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
9. Comissió de millora de la qualitat. Implantación de un plan de mejora de calidad en la atención primaria. Barcelona: SCMFYC; 1996.
10. Magallón R, García JR, Antofianzas A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. *Aten Primaria* 1995; 15: 73-78.
11. Pérez Fernández de Velasco JA. Gestión de la calidad empresarial. Calidad en los servicios y atención al cliente. Madrid: Esic; 1994.
12. Santana de Carlos B. La cita previa: ¿una mejora para la atención de los pacientes? *FMC* 1994; 1: 359-361.
13. Alastrué JI, Giner M. La cita previa: ¿una mejora para la atención de los pacientes? *FMC* 1994; 1:361-364.
14. Brody D, Miller S, Lerman C, Smith D, Lázaro D, Blum M. The relationship between patient' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions their desired and received. *Medical Care* 1989; 27:1027-1035.
15. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995; 16: 314-321.
16. Drummond H. Que es hoy la calidad total. El movimiento de la calidad. Bilbao: Deusto; 1995.
17. Anónimo. La investigación cualitativa y sus técnicas. En: Investigación de mercados. Miguel S, Bigné E, Lévy JP, Cuenca AC y Miquel M.<sup>a</sup> J. Mc Aravaca (Madrid): McGraw Hill; 1997. p. 39-62.
18. Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC* 1995; 2: 23-28.
19. Marquet R, Davins J, Casas J y Fernández RM. Garantía de calidad en un centro de calidad: dos años de experiencia. *Aten Primaria* 1991; 8: 746-752.
20. Davins J, Avellana E, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria: experiencia de cuatro años de un programa de mejora de la calidad. *Aten Primaria* 1995; 16: 80-84.

**ANEXO 1.**

**Escuchas activas realizadas. clasificación según servicios y actividades afectadas y factores de calidad afectados**

(Los factores usados para valorar la calidad de servicio son: (T) Tangibilidad; (F) Fiabilidad/Eficacia; (Cr) Capacidad de Respuesta; (S) Seguridad/Profesionalidad; (E) Empatía.

Para cada escucha hay 1 factor de calidad salvo desacuerdo de los investigadores, en negrita.

El origen de las escuchas puede ser (I): interno o procedente de propios profesionales y el resto son externo o procedente de los usuarios.)

**1. Servicio de admisión**

**Funcionamiento en general**

- «Esto parece una feria» S
- «Aquí se lía una que no veas» S
- «Hay colas por todos lados» CR
- «Excesiva lentitud y larga espera que soportan haciendo colas» CR

**Personal de admisión**

- «No se le organice su trabajo» **S, F**
- «Cuando hay alguien nuevo lo ponen en el mostrador» S

**Actividades:**

**1. Recetas**

- «He venido 3 veces para recogerlas recetas, que pongan la fecha en condiciones» F
- «Mareo que tienen que soportar cada vez que se necesita alguna receta» F
- «Nos hacen venir un día por recetas, nos dicen un día y cuando vienen no están» CR

**2. Cita previa**

**Teléfonos (continuas quejas en las peticiones de citas)**

- «Tengo que venir personalmente a pedir número pues el teléfono no lo cogía nadie» **F, E**
- «El teléfono comunica constantemente» F
- «No cogen el teléfono porque no les da la gana» S
- «Tardan en coger el teléfono» CR

**Citas**

- «No hay citas para el médico» **CR, F**
- «Hay muchos días de demora» F
- «Citas dobles en consulta de embarazo y de planificación familiar» **S, F**
- «Equivocación con el médico en consulta de embarazo y de planificación familiar» S
- «Problemas citas en revisión o nuevas en consulta de embarazo y planificación familiar» **S, F**

**3. Reclamación de analítica**

- «Estoy harta de venir en vano» F

**4. Archivo de historias**

- «El archivo es un caos» F
- «Siempre faltan historias» F

**2. Enfermería**

**Actividades**

**1. Sala de curas**

- «Con demasiada frecuencia se cambian los medios que están en la sala con lo que surgen contradicciones en el método para tratar las curas» T
- «Cuanto tardan, Dios mío» CR
- «Pues vaya, dos o tres días viniendo y todavía no me han lavado y hoy cortan el agua» CR
- «Me tienen chorreada con el lavabo» E

**2. Despistajes de hipertensión**

- «No es verdad, se usan para controlar la tensión arterial» F
- «Que informe admisión que es la consulta para la TA» **F, CR**

**3. Metadona**

- «Esto está hoy parado» **CR, F**
- «Aquí la gente no confía en nosotros» E
- «Hay dos personas, seguro que uno solo no confía» E

**4. Consulta de enfermería**

- «Lleva un cuarto de hora de retraso» CR
- «La enfermera tiene una cara de borde» S
- «La falta del peso de la consulta 15» T

**5. Extracciones**

- «Has visto, vengo con la chaqueta en la mano» S
- «Estos despiden pronto» **S, E**
- «Tardan en recoger la orina. Me tengo que ir a trabajar» CR
- «Tendrían que empezar a recoger la orina antes» CR

**6. Vacunas**

- «Excesivo calor en vacunas y no se puede trabajar aquí» T
- «La consulta de vacunas es agobiante, hay muchos números y nos hartan de registros» **T, F**

**3. Médicos**

**Actividades**

**1. Consulta de médicos**

**Citas**

- «Si yo he ido a mi médico y estaba completo, y no tenían cita hasta el jueves» CR

*Falta de clarificación de quien entra*

«Esta es el nueve y ahora que acaba de llegar se quiere colar»

F

«Es que tenían que empezar antes y ahora si no te da tiempo hasta los dos tienes que volver después»

F

*Retraso en entrada*

«Tardan mucho. Tengo cita a las 10 y todavía están los de las 9:30»

CR

«Mucha lentitud. Son las 12 y van por las 11:15»

CR

«Retraso en los horarios. Los de una hora se juntan con los de otra»

CR

«Tengo cita a las 11:15 y aún no he pasado (son las 11:45)»

CR

«Retraso en la consulta. A las 12:05 quedan pacientes de las horas anteriores»

CR

«Me cago en los muertos, yo que me he levantado corriendo para estar ahora esperando»

CR

«Si yo he ido a mi médico y estaba completo, y no tenían cita hasta el jueves»

CR

*Puntualidad*

«Falta de puntualidad por parte de los médicos, que se tenga la misma puntualidad que se les exige a ellos»

F

*Funcionamiento de la consulta*

«Me paso más tiempo esperando para entrar que lo que hay voy a hacer dentro: sólo vengo por recetas»

F, CR

«Falta material en las consulta»

T

«Que te cambien de médico no me gusta, porque llegas y no saben lo que tienes ni te conocen»

S

*2. Consulta no demorable*

*Para entrar: citas, retrasos, etc*

«Tengo el 89, no entro ni de coña»

CR, F

«Cuando tarda (mira el reloj y resopla)»

CR

«Antes era a las 11:30 y yo me vine a las 11. Tuve que esperar hasta las 13»

F

«¿Cómo estás? Pues cogí el número a las 9:30 horas así que dime»

CR

*Funcionamiento*

«Yo en octubre estaba malísima y no estaba dispuesta a esperar y me tuvieron que mandar al clínico»

CR

«La otra vez que estuve aquí me tuve que ir a urgencias para que me ingresaran en el clínico»

F

«Cuando hay sustitutos médico hay veces que no tienen recetas para AND y tienen que dar mil vueltas para buscarlas»

T, F

*3. Coordinación de avisos al médico*

«No se sabe quien está»

F

«Si el que está por lo que sea se ausenta, hay que dar mil vueltas para encontrar a alguien»

F

*4. Otros*

*Seguridad*

«Falta de seguridad para el personal»

T

*Interfono*

«Mal funcionamiento del interfono»

T

*Del director*

«Cuando el jefe se va que deje un planning con las consultas y quien las va a pasar»

F

*De los auxiliares*

«Más que auxiliar entorpecen»

F

*Quejas diversas*

«Se hablan de los enfermos en todo despectivo "ese pestoso"»

S, E

«Se hablan de temas médicos o se hacen comentarios de compañeros delante del enfermo o de familiares»

S

«Se hacen muchas cosas y falta lo elemental»

S, F

«Estoy quemado»

S

## ORIGINAL

# Efecto sobre la respuesta presora y la frecuencia cardiaca de la medicación antihipertensiva usada en un centro de salud urbano

Villalba Alcalá F<sup>1</sup>, Espino Montoro A<sup>2</sup>, González Fernández MC<sup>3</sup>, López Chozas JM<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias; <sup>2</sup> Doctor en Medicina. Servicio de Medicina Interna; <sup>3</sup> Técnica de la Unidad de Apoyo a la investigación; <sup>4</sup> Doctor en Medicina. Servicio de Medicina Interna. Hospital de La Merced. Osuna.

EFECTO SOBRE LA RESPUESTA PRESORA Y LA FRECUENCIA CARDIACA DE LA MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA USADA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

**Objetivo:** En el ámbito de la presión arterial (PA) se considera fenómeno de bata blanca (FBB) cuando la diferencia de PA sistólica/ PA diastólica entre la observada en consulta y la ambulatoria es mayor de 20/10 mmHg respectivamente. Dichas diferencias absolutas sería lo que llamamos efecto de bata blanca (EBB). En nuestro trabajo analizamos mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), la influencia de los fármacos antihipertensivos sobre el EBB y la Frecuencia Cardiaca (FC) así como, el patrón de uso de los antihipertensivos.

**Diseño:** Estudio cuasi-experimental (con un periodo antes y otro después) y descriptivo.

**Emplazamiento:** Atención Primaria. Centro de Salud Urbano.

**Población y muestra:** Se realizaron estudios de MAPA a 70 pacientes hipertensos esenciales con buen control de la presión arterial tras tratamiento farmacológico antes de suspender la medicación antihipertensiva (1.ª fase) y a las 4 semanas de abandonar el tratamiento (2.ª fase).

**Resultados:** De los 70 pacientes hipertensos, 18 (26%) no llegaron a realizarse la 2.ª MAPA ya que tras la retirada de la medicación presentaron valores inaceptables de PA que obligaron a reintroducirla.

El EBB sistólico y diastólico es significativamente más elevado en hipertensos varones en tratamiento con diuréticos respecto a los que usan otros grupos farmacológicos.

La FC es significativamente más elevada en las mujeres hipertensas que no toman betabloqueantes (usan otro grupo) respecto a los que lo toman. En los alfabloqueantes la FC es significativamente más elevada en las mujeres que lo usan respecto a las que usan otro antihipertensivo.

De los 52 pacientes con doble MAPA, el EBB fue significativamente superior en la fase 1 que en la 2.

**Conclusiones:** En pacientes hipertensos controlados, los diuréticos (en varones) son el grupo farmacológico que de manera más significativa influye sobre el EBB, sobredimensionandolo respecto a los pacientes que toman otro antihipertensivo.

Las mujeres «betabloqueadas» presentan valores de FC significativamente más bajos que las que usan otra medicación antihipertensiva; ocurriendo lo inverso con las «alfabloqueadas»

En nuestras consultas existe un patrón de uso inadecuado de los antihipertensivos.

El EBB es significativamente mayor cuando están sometidos a tratamiento farmacológico.

**Palabras clave:** Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial. Efecto de bata blanca. Frecuencia Cardiaca. Antihipertensivos. Centro de Salud Urbano.

Correspondencia: Francisco Villalba Alcalá. C/ San Benito n.º 7 Casa A 2.ª B. 41018 Sevilla (España). Teléfono: 954 532 672 y 677 289 928. E-mail: franvillalba81@hotmail.com

Recibido el 30-09-2002; aceptado para publicación el 17-01-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 111-118

THE EFFECT OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION ON PRESSOR RESPONSE AND CARDIAC FREQUENCY AMONG PATIENTS IN AN URBAN HEALTH CENTER

**Goal:** The term "white coat phenomenon" (WCP) is used when the difference between the systolic and diastolic blood pressure observed in a doctor's office and in an ambulatory setting is greater than 20/10 mmHg, respectively. Such absolute differences are referred to as the "white coat effect" (WCE). Our study analyzed the effects of antihypertensive drugs on the WCE and cardiac frequency, as well as usage patterns of blood pressure lowering drugs, in an ambulatory setting.

**Design:** Quasi-experimental study (with a before and after period) and descriptive.

**Setting:** Primary care. Urban Health Center.

**Population and Sample:** Prior to suspending their pharmacological treatment, ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) studies were done on 70 hypertense patients whose blood pressure was under control with antihypertensive drugs (phase 1). The studies were then repeated 4 weeks after their treatment had been discontinued (phase 2).

**Result:** 18 of the 70 hypertense patients (26%) were not able to participate in the second ABPM since following their discontinuation of the medication they presented unacceptable BP values, thus making it necessary for them to return to treatment with antihypertensive drugs. The systolic and diastolic WCE is significantly higher in male patients being treated with diuretics when compared to others using different pharmacological groups. The CF is significantly higher among female patients who do not take beta-blocking drugs (they use another group) as compared to others that do. The CF was significantly higher among women who used alfa-blockers compared with those who used a different medication.

In all 52 patients who participated in both ABPM studies, the WCE was significantly higher in phase 1 than in 2.

**Conclusion:** In controlled hypertense patients, diuretics (in males) represent the drug group whose influence on the WCE is most significant, much greater than among patients who take other antihypertensive drugs. Women who take beta-blockers show CF values significantly lower than those who use other antihypertensive drugs; the inverse occurs with those who use alpha-blockers. In our doctors' practices, a pattern exists of inadequate use of blood pressure lowering drugs. The WCE is significantly higher when patients are under pharmacological treatment.

**Words key:** Cardiac frequency. Antihypertensive. Ambulatory blood pressure monitoring. White coat effect. Antihypertensive drugs. Urban Health Center.

## Introducción

En el ámbito de la presión arterial (PA) se considera fenómeno de bata blanca (FBB) cuando la diferencia de PA sistólica/ PA diastólica entre la observada en consulta y la ambulatoria es mayor de 20/10 mmHg respectivamente. Este fenómeno puede interferir en la práctica diaria y en la evaluación del grado de control. Dichas diferencias absolutas sería lo que llamamos efecto de bata blanca (EBB). Numerosos estudios publicados en las dos últimas décadas<sup>1,2,3</sup>, sobre todo de diseño transversal y realizados en el ámbito hospitalario especializado, han confirmado la importancia del EBB en la población hipertensa. En la práctica, el EBB puede ser responsable de catalogar como hipertensos a individuos que fuera de la consulta se comportarían como normotensos (hipertensión de bata blanca)<sup>4</sup>, o bien sobrevalorar el grado real de hipertensión en individuos que presentan cifras elevadas de PA, tanto en consulta como fuera de ella (fenómeno de bata blanca)<sup>5</sup>. Muchos aspectos relacionados con el EBB son aún desconocidos o están poco claros y en la actualidad se ven sometidos a un amplio debate entre los expertos.

Hasta ahora, la aplicación en un Centro de Salud urbano, con la finalidad de evaluar la influencia del fármaco antihipertensivo sobre el EBB y la frecuencia cardíaca (FC) así como los grupos farmacológicos más usados en un grupo de hipertensos esenciales controlados.

## Material y Métodos

### 1. Sujetos

Se seleccionaron de forma aleatoria simple y prospectiva a 70 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) procedentes del Centro de Salud Universitario San Pablo de Sevilla (España) entre los años 1997 al 2000 que cumplieran los siguientes requisitos:

- HTA esencial ligera o moderada (grado 1 y/o 2 de la clasificación del JNC VI<sup>8</sup>), y sin signos ni síntomas de repercusión visceral (fase I de la clasificación de la OMS<sup>9</sup>).
- Edad superior a 18 años.
- Haber recibido de forma continuada y desde al menos un año antes, tratamiento farmacológico antihipertensivo con 1 ó 2 fármacos como máximo.
- Tener un buen control de su presión arterial (PA) en los 12 meses previos a la inclusión en el estudio (medias de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) tomadas en consulta  $\leq$  140 y 90 mmHg, respectivamente).
- No presentar arritmias, procesos crónicos o debilitantes descompensados y limitaciones físicas o psíquicas para la práctica de una MAPA.

A todos los pacientes con el objeto de descartar afectación de órganos diana y/o hipertensión secundaria se les realizó una historia clínica detallada incluyendo la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados (alcohol, índice de masa corporal y tabaco) y analítica general incluyendo hemograma, bioquímica con perfil lipídico e iones y orina elemental con sedimento junto a radiografía de tórax, electrocardiograma y fondo de ojo. Se excluyeron aquellos pacientes que hubieran sufrido complicaciones documentadas atribuibles a la HTA (accidente cerebrovascular, angina de pecho o infarto de miocardio). Además comprobamos la constancia de registros de PA (al menos 6 tomas en el último año) para confirmar el buen control de su PA tras tratamiento farmacológico. Las condiciones de medición de la PA fueron las recomendadas por los diferentes consensos y organismos internacionales<sup>8,9,10</sup>.

### 2. Métodos

El diseño de nuestro estudio es cuasi-experimental con un periodo antes (buen control de la PA tras tratamiento farmacológico) y un periodo después (tras la supresión del fármaco). A todos los pacientes incluidos en el estu-

dio, se les practicaron dos MAPAs de 24 horas y en jornada de actividad habitual. La primera MAPA se realizó al inicio (1.ª fase) cuando el paciente tomaba la medicación antihipertensiva habitual y la segunda MAPA (2.ª fase) tras 4 semanas de retirada de los fármacos antihipertensivos, programándose dos periodos, diurno y nocturno.

Para la realización de ambas MAPAs se empleó un sistema de monitorización modelo SpaceLabs 90207, que media por método oscilométrico y que había sido previamente validado<sup>11,12</sup>. La validación se realizó siguiendo el protocolo para la evaluación de los mecanismos de medida de PA de la British Hypertension Society<sup>13</sup>.

El monitor se programó para obtener medidas de PA y frecuencia cardíaca cada 20 minutos entre las 8:00 y las 23:59 horas y cada 30 minutos entre las 0:00 y las 7:59 horas. Esta programación se realizó atendiendo a las recomendaciones del comité científico<sup>14</sup> que considera que el intervalo de registro tendría que ser cada 15-30 minutos durante el día y cada 20-30 minutos durante la noche.

Son también varios los grupos de trabajo<sup>15,16,17</sup> que recomiendan esta cadencia en la programación como la idónea dado que intervalos inferiores en el periodo diurno interfieren con la actividad diaria del sujeto y no serían representativos de la vida cotidiana y en el periodo nocturno las diferencias son tan pequeñas respecto a intervalos más cortos que es suficiente cada 30 minutos durante la noche para no interferir excesivamente con el sueño.

Para su calibración se realizaron de forma alternativa tres tomas con esfigmomanómetro de mercurio y tres con el monitor, en el mismo brazo y con el individuo sentado. Se consideraron válidas una diferencia de las medias de PAS y PAD con ambos métodos de  $\pm$  5 mmHg<sup>18</sup>, y en caso de no cumplirse dicha diferencia, se repetía la calibración al día siguiente, cuando se retiraba el monitor.

Cada individuo fue instruido sobre los siguientes aspectos<sup>15</sup>:

- Realizar su actividad habitual el día de la monitorización, evitando tan sólo la práctica de actividades deportivas.
- Permanecer quieto, con el brazo en posición relajada, cada vez que se producía el inflado del manguito para una lectura.
- Anotar en una hoja que se les proporcionaba al efecto la hora, su posición y la actividad que realizaba en el momento de cada toma (siesta, acostarse, despertar, número de veces que le ha despertado durante su periodo de sueño, etc.)

La eliminación de las lecturas erróneas se llevó a cabo de forma automática por el software del sistema (PAS > 260 ó < 70 mmHg y PAD > 150 ó < 40 mmHg; presión del pulso > 150 ó < 20 mmHg y frecuencia cardíaca > 200 ó < 20 latidos por minuto). Mediante visualización del listado completo de lecturas se excluyó del análisis de forma manual aquellas que suponían un aumento o disminución inconsistente de PA sistólica o PA diastólica (más de un 30% respecto a la lectura previa y/o posterior). Se consideraron técnicamente válidos los registros con un mínimo de 50 lecturas en total (aproximadamente el 80% del total teórico en 24 horas) y al menos una lectura por hora durante el periodo de vigilia.

### 3. Análisis estadístico

Se consideraron las siguientes variables de PA:

- Presiones Arteriales Casuales (PAC):** En la 1.ª fase, media de todas las tomas de control realizadas (tanto en consulta médica como de enfermería) durante los últimos 12 meses. La media de calibración se tomó como una lectura más de control. En la 2.ª fase, media de todas las tomas de control realizadas en consulta más las de calibración. Se excluyeron por tanto todas las lecturas hechas fuera de la consulta (autocontroles, tomas en farmacias, etc.).
- Presiones Arteriales Ambulatorias (PAA)** Aunque en ambas monitorizaciones se calcularon y valoraron las cifras medias  $\pm$  desviación estándar del día completo y de los periodos diurno (vigilia) y nocturno (sueño), se tomó como PA ambulatoria la media del periodo de actividad del sujeto, individualizada de acuerdo con los datos reflejados en el diario por cada sujeto. Se consideraron normales, valores  $\leq$  135 mmHg de PAS y 85 mmHg de PAD de forma simultánea<sup>14,19</sup>.
- Efecto de Bata Blanca.** Diferencias PA casuales - PA ambulatorias con independencia de que el individuo esté (1.ª fase) o no (2.ª fase) en tratamiento farmacológico.

En cada una de las fases del estudio se estimó la magnitud del EBB. La comparación de medias se realizó mediante la «t» de Student para datos pareados y no pareados, empleándose un test no paramétrico cuando las variables cuantitativas no seguían una distribución normal. La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante la prueba de la chi-cuadrado y del test de McNemar. En ambos casos se estableció un nivel de significación del 5%. Para el análisis de los resultados se empleó el paquete estadístico SPSS-Versión 10

## Resultados

Los fármacos antihipertensivos usados por los 70 pacientes esenciales de grado 1 y/o 2 que participaron en el estudio (edad media  $60,1 \pm 10,3$  años), se distribuía porcentualmente de la siguiente forma: 33% inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA); 26% diuréticos; 20% antagonistas del calcio (ACA); 16% betabloqueantes (BB) y 5% alfabloqueantes (Figura 1). La mayoría de los pacientes estaban bajo tratamiento con un sólo fármaco y sólo 6 pacientes tenían asociación de 2 fármacos. Contamos por tanto con 76 tratamientos (70 pacientes pero 6 con doble terapia).

**Diuréticos:** Lo usaban 20 pacientes (solo o en asociación) presentando respecto a no diuréticos (Tabla 1):

EBBS (sistólico) 8,6 versus 9,4 y EBBD (diastólico) 5,1 vs 5,4 y FC 79,4 vs 74,6 (mujeres)

EBBS 10,4 vs -1,5 y EBBD 5,6 vs -1,3 y FC 66,8 vs 79,5 (varones)

En varones existen diferencias significativas en el EBB entre pacientes que toman diuréticos y otros fármacos.

En la FC globalmente no existen diferencias significativas en las medias de FC entre los que toman diuréticos y los que toman otros antihipertensivos aunque si estratificamos por sexo si aparecen diferencias significativas ya que en los varones analizados las medias de FC eran de 66 y si tomaban otros antihipertensivos la media era de 79 (aunque la muestra es escasa).

**Betabloqueantes:** 12 pacientes (solo o en asociación) presentando respecto a otros grupos (Tabla 2):

EBBS 14,6 vs 7,8 y EBBD 8,2 vs 5,3 y FC 60,9 vs 79,6 (mujeres)

EBBS 6,5 vs 0,8 y EBBD 5,6 vs -0,3 y FC 68,8 vs 77,3 (varones)

No existen diferencias significativas en el EBB al estratificar por género entre los que toman betabloqueantes y los que toman otra medicación.

Al estratificar por sexos la FC aparecen diferencias significativas en las mujeres (61 de media de FC en las que toman BB y 80 en las que toman otro) mientras que en los varones no presentan diferencias significativas (probablemente debido también a la escasa muestra).

**Antagonistas del calcio (ACA):** Lo usaban 15 hipertensos (solo o en asociación) presentando (Tabla 3):

EBBS 5,6 vs 10,1 y EBBD 3,5 vs 6,5 y FC 80,7 vs 74,8 (mujeres)

EBBS -1,6 vs 2,7 y EBBD -1,7 vs 1,2 y FC 78,4 vs 75,4 (varones)

No existen diferencias significativas en el EBB al estratificar por género entre los que toman ACA y los que toman otra medicación.

No existen diferencias significativas en la FC entre los que toman ACA y los que toman otro antihipertensivo y tampoco si se estratifica por sexo.

**IECA:** Lo usaban 25 pacientes (solo o en asociación) presentando respecto a otros grupos (Tabla 4):

EBBS 8,1 vs 9,6 y EBBD 4,7 vs 6,4 y FC 79,3 vs 74,5 (mujeres)

EBBS -1,2 vs 3,7 y EBBD -2,1 vs 2,4 y FC 80 vs 73,3 (varones)

No existen diferencias significativas en el EBB al estratificar por sexos entre los que toman IECA y los que toman otra medicación.

Globalmente existen diferencias significativas en la FC entre los que toman IECA y los que toman otro antihipertensivo aunque estas diferencias no aparecen si se estratifica por sexo.

**Alfabloqueantes:** 4 pacientes (solo o en asociación) presentando respecto a otros grupos (Tabla 5):

EBBS 10,1 vs 9 y EBBD 7 vs 5,8 y FC 87,8 vs 74,9 (mujeres)

EBBS (no había) vs 1,5 y EBBD (no había) vs 0,4 y FC (no había) vs 76,2 (varones)

No existen diferencias significativas en el EBB al estratificar por sexos entre los que toman Alfabloqueantes y los que toman otra medicación.

En las mujeres existen diferencias significativas en la FC entre los que toman alfabloqueantes y los que toman otro antihipertensivo. No se puede estratificar por sexo pues no existen varones que tomen esta medicación.

En todos los casos la influencia del fármaco sobre el EBB no guarda significación estadística salvo en el caso de los diuréticos en que si existen diferencias en los varones. En el caso de las frecuencias cardiacas si existen diferencias significativas para los betabloqueantes, IECA y alfabloqueantes.

De los 70 pacientes, 18 (26%) no llegaron a realizarse la 2.<sup>a</sup> MAPA, ya que tras las 4 semanas de retirada de la medicación presentaron valores inaceptables de PA que obligaron a reintroducir los fármacos antihipertensivos.

Cuando usamos los test estadísticos para comparar solamente los 52 sujetos que completan el estudio y ver si existen diferencias significativas, obtenemos que 18 varones y 34 mujeres, con una edad media de 60,1 años, completaron las dos fases del estudio. En la Tabla 6 vemos como el EBB globalmente fue significativamente superior en la fase 1 que en la 2 (8,1 versus 3,1 y 4,3 versus 1,7 mmHg para PAS y PAD respectivamente), tanto en mujeres (10,9 vs 5,6 y 6,9 vs 3,7 mmHg para PAS y PAD) como en varones (2,9 vs -1,6 y 1,2 vs -1,8 mmHg para PAS y PAD), aunque cuando hacemos la estratificación por sexo la muestra se reduce y sólo encontramos significación estadística para el EBBS en mujeres (Tabla 7).

## Discusión

Este estudio realizado en pacientes con HTA esencial y con buen control de las cifras tensionales analiza el diferente comportamiento de la presión arterial y la FC tras la supresión de los fármacos antihipertensivos. Para ello utilizamos 2 registros MAPA [antes (1.<sup>a</sup> fase) y después de suprimir la medicación (2.<sup>a</sup> fase)] y observamos como el único grupo farmacológico que induce influencias significativas sobre el EBB es el de los diuréticos en varones. Algunos estudios demuestran como los fárma-

cos diuréticos<sup>20</sup> pueden influir en el ritmo circadiano de la PA; como en el análisis del EBB trabajamos con medias de las diferencias absolutas entre las PAc y PAa del periodo de actividad; podría ser la causa de las diferencias significativas encontradas en este grupo farmacológico.

Desde hace ya unos años varios autores postulan que en el efecto de bata blanca no sólo influyen características individuales, sino que varía también con el nivel profesional o incluso el género del observador<sup>21, 22, 23</sup>. En este estudio las tomas de PA de control fueron realizadas por enfermeras (que inducen menos EBB que el médico) mientras que las tomas de calibración por el médico que colocaba el aparato de MAPA.

En el caso de las frecuencias cardiacas si existen diferencias significativas para los betabloqueantes, IECAS y alfabloqueantes.

En concreto la FC es significativamente más elevada en pacientes mujeres que no toman betabloqueantes (usan otro grupo) respecto a los que lo toman (lógico dado el efecto bradicardizante de este grupo<sup>24</sup>). De los IECA aunque globalmente la FC es significativamente más elevada en los que toman IECA respecto a los que no; cuando estratificamos por sexo no existen diferencias significativas. En los alfabloqueantes la frecuencia cardiaca es significativamente más elevada en las mujeres que lo usan respecto a las que usan otro antihipertensivo.

En cuanto al porcentaje de uso de los diversos grupos farmacológicos en nuestro estudio el más usado es el de los IECA 32,9% seguido de diuréticos 26,3%, ACA 19,7%, BB 15,8% y alfabloqueantes 5,2%. Se ha sugerido que la sobreutilización de IECA y ACA en detrimento del uso de diuréticos puede deberse a su indicación en primera instancia en pacientes sin otra enfermedad conocida<sup>25</sup>. En los pacientes con cardiopatía es patente la infrautilización de los BB a expensas de los ACA<sup>26</sup>. Hasta el momento, las mejores evidencias de que la reducción de la PA se acompaña de una disminución del riesgo de las complicaciones y muerte asociada se han obtenido con terapias antihipertensivas a base de betabloqueantes y diuréticos tiazídicos, especialmente a dosis bajas<sup>27, 28</sup>. En cambio los IECA han demostrado efectividad clínica en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Infarto previo o nefropatía diabética<sup>28</sup>. Con los ACA la situación es más controvertida<sup>29</sup> ya que en los últimos años se han publicado estudios que indican un incremento del riesgo de complicaciones cardiovasculares<sup>30</sup> sobre todo los de acción corta<sup>31, 32</sup>.

En nuestro estudio el grupo terapéutico más usado es el de los IECA lo cual está en desacuerdo con los consensos sobre HTA y con los estudios de coste-efectividad, donde los diuréticos son fármacos de 1.ª elección en población mayor de 60 años sin comorbilidad así como en muchos casos de enfermedad asociada como insuficiencia cardiaca, obesidad, osteoporosis, cor pulmonale, hepatopatía, etc. La única contraindicación absoluta de las tiazidas es la alergia a las sulfamidas por las reacciones cruzadas que se pueden observar. El resto de las contraindicaciones, incluida la hiperuricemia, son relativas por lo que se pueden usar a priori prácticamente en todas las circunstancias teniendo en cuenta la excelente tolerancia subjetiva de estos fármacos<sup>33</sup>. La situación que observamos (Figura 1) es intermedia entre las tendencias en Estados Unidos (sobreutiliza-

ción de IECA y ACA<sup>25</sup>) y las observadas en los países nórdicos donde los BB son fármacos muchos más usados que en nuestro país para la población hipertensa. El patrón de uso de antihipertensivos en nuestra población de estudio (sin afectación por otra parte de órganos diana) no se ajusta a la evidencia científica disponible. Se utilizan más los medicamentos que menos pruebas de efectividad clínica poseen y que, aún dándoles por supuesta la misma efectividad clínica, son los menos eficientes. Este patrón de uso inadecuado es descrito también a nivel nacional por otros autores<sup>34</sup>.

Al comparar los resultados de los 52 pacientes que completan el estudio el EBB globalmente fue significativamente superior en la fase 1 que en la 2, tanto en mujeres como en varones, aunque sólo encontramos significación estadística para el EBBs en mujeres (Tabla 7). Estos datos confirman la predilección del EBB por el sexo femenino, sugerida por Pickering et al<sup>21</sup> y refrendado por otros autores<sup>2, 22, 35, 36</sup> pero que no es constante en todos los estudios<sup>37, 38, 39</sup>, ni tan marcado como en el nuestro.

Está claro, que el sexo es un importante factor en la respuesta de bata blanca. Tratando predecir la respuesta de bata blanca con variables psíquicas medibles (nivel de estrés, depresión) existen diferencias según sexo; las variables clínicas no fueron efectivas como predictoras de respuesta de bata blanca<sup>40</sup>.

En nuestro estudio, aunque el EBB se da con más intensidad en los pacientes con tratamiento, sería interesante confirmar este hallazgo modificando el intervalo de tiempo para la repetición de la 2.ª MAPA, así como con una muestra mayor de pacientes, sobre todo varones, que permita hacer significativas las diferencias encontradas. Del mismo modo, para intentar minimizar las respuesta simpática y de alerta, que generalmente siempre es mayor en la 1.ª MAPA, podría ser útil la realización de una 3.ª MAPA de nuevo con tratamiento, y estimar el EBB en ese caso. Otra posibilidad sería plantear una estrategia de estudio, en la que la 1.ª MAPA se realizase sin tratamiento y la 2.ª con tratamiento.

## Conclusiones

- El EBBs y EBBd es significativamente más elevado en pacientes varones en tratamiento con Diuréticos respecto a los que usan otros grupos farmacológicos.
- La FC es significativamente más elevada en pacientes mujeres que no toman Betabloqueantes (usan otro grupo) respecto a los que lo toman. De los IECAS aunque globalmente la FC es significativamente más elevada en los que toman IECAS respecto a los que no; cuando estratificamos por sexo no existen diferencias significativas. En los Alfabloqueantes la frecuencia cardiaca es significativamente más elevada en las mujeres que lo usan respecto a las que usan otro antihipertensivo.
- En nuestras consultas existe un patrón de uso de los antihipertensivos con sobreutilización de IECAS y Calcioantagonistas.
- En hipertensos esenciales tratados y controlados en Atención Primaria el EBB es significativamente mayor cuando están sometidos a tratamiento farmacológico.

## Bibliografía

- Hoegholm A, Kristensen KS, Madsen NH, Svendsen TL. White coat hypertension diagnosed by 24-h ambulatory monitoring. Examination of 159 newly diagnosed hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1992; 5: 64-70.
- Khouri S, Yarows SA, O'Brien TK, Sowers JR. Ambulatory blood pressure monitoring in a non-academic setting. Effects of age and sex. *Am J Hypertens* 1992; 5: 616-623.
- Weber MA, Neutel JM, Smith DHG, Graettinger WF. Diagnosis of mild hypertension by ambulatory blood pressure monitoring. *Circulation* 1994; 90: 2291-2298.
- Pickering TG, James GD, Boddie Ch, Harshfield GA, Blank S, Laragh J. How common is white coat hypertension? *JAMA* 1988; 259: 225-228.
- Myers MG, Reeves RA. White coat phenomenon in patients receiving antihypertensive therapy. *Am J Hypertens* 1991; 4: 844-849.
- Enström I, Thulin T, Lindholm L. How good are standardized blood pressure recordings for diagnosing hypertension? A comparison between office and ambulatory blood pressure. *J Hypertens* 1991; 9: 561-566.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Control de la Hipertensión Arterial en España, 1996. Madrid: IDEPSA, 1996.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997;157:2413-2446
- 1993 Guidelines for the Management of Mild Hypertension Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting. Guidelines Sub-Committee. *J Hypertens* 1993;11: 905-918
- Public Policy Committee. American Society of Hypertension Recommendations for Clinical Blood Pressure Measurements. *Am J Hypertens* 1993; 94: 181-187.
- O'Brien E, Mee F, Atkins N, O'Malley K. Accuracy of the SpaceLabs 90207 determined by the British Hypertension Society Protocol. *J Hypertens* 1991; 9: 573-574.
- Mayoral E, Díez A, Lapetra J, Santos JM, García F, Rodríguez-Morcillo A. Validación del sistema de monitorización ambulatoria de presión arterial modelo SpaceLabs 90207. *Med Clin* 1994; 103: 326-330.
- O'Brien E, Petrie J, Littler W, De Swiet M, Padfield P L, Altman DG et al. The British Hypertension Society protocol for the evaluation of blood pressure measuring devices. *J Hypertens* 1993, 11: 43-62 .
- Consensus Document on Non-Invasive Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens* 1990; 8(suppl 6): 135-140
- O'Brien E, Coats A, Owens P, Petrie J, Padfield PL, Littler W et al. Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recomendations of the British Hypertension Society. *Br Med J* 2000;320:1128-1134
- Mora-Macia J, Agraz Pamplona I, Ocon Pujadas J, Barceló P. Estudio del intervalo clínicamente útil para monitorizar la presión arterial ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1997;108: 248-253.
- Gert A. Van Montfrans. Task Force I: Methodological aspects : Frequency of measurements. *Blood Press Monit* 1999; 4: 279-293
- National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2270-2280.
- Pickering TG. Blood pressure measurement and detection of hypertension. *Lancet* 1994;344:31-35.
- Uzu T, Kimura G. Diuretics and Circadian Rhythm of Blood Pressure. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2000; 2: 273-278.
- Pickering TG, James GD, Boddie Ch, Harshfield GA, Blank S, Laragh J. How common is white coat hypertension? *JAMA* 1988; 259: 225-228.
- Mayoral E, Lapetra J, Santos JM, López A, Ruiz J, Cayuela A. El efecto de bata blanca en atención primaria. Análisis en la hipertensión arterial de nuevo diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 485-489.
- Veerman DP, Van Montfrans GA. Nurse-measured or ambulatory blood pressure in routine hypertension care. *J Hypertens* 1993; 11:287-292.
- De la Figuera M. HTA en atención primaria. Protocolo 1999/2. Formación Médica Continuada en Aten Primaria. 1999; 6: 1-36.
- Siegel D, López J. Tendencias en el uso de antihipertensivos en los Estados Unidos. ¿ Han modificado los hábitos de prescripción las recomendaciones del V Comité Nacional de 1993? *JAMA* 1997; 278: 1745-1748.
- Soumerai SB, Mc Laughlin TJ, Spiegelman E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA* 1997; 277: 115-121.
- Collins R, Peto R, McMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-838.
- Kaplan NM, Gifford RW. Choice of initial therapy for hypertension. *JAMA* 1996; 275: 1577-1580.
- Roca-Cusachs A, Rodicio JL. Antagonistas del calcio y su impacto sobre el riesgo coronario. *Med Clin (Barc)* 1996;107:533-534.
- Ad hoc Subcommittee of the Liaison Committee of the World Health Organization and the International Society of Hypertension. Effects of calcium antagonists on the risk of coronary heart disease, cancer and bleeding. *J Hypertens* 1997; 15: 105-115.
- Psaty BM, Heckbert SR, Koepsell TD, Siscovick DS, Raghunathan TE, Weiss NS et al. The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies. *JAMA* 1995; 274: 620-625.
- Pahor M, Guralnik JM, Corte MC, Foley DJ, Carbonien P, Havlik RJ et al. Long-term survival and use of antihypertensive medications in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1191-1197.
- Córdoba R. Reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos. *Aten Primaria* 1996; 6: 420-424.
- Prieto M, de Abajo FJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M, Palop R. Uso de antihipertensivos en España, 1985-1995. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 247-253.
- Myers MG, Oh PI, Reeves RA, Joyner CD. Prevalence of white coat effect in treated hypertensive in the community. *Am J Hypertens* 1995; 8: 591-597.
- Pozuelo G, Molina L, Buitrago F. Confirmación diagnóstica de hipertensión arterial ligera mediante monitorización ambulatoria. *Aten Primaria* 1993;12: 197-200.
- Mancia G, Grassi G, Pomidossi G, Gregorini L, Bertinieri G, Parati G, et al. Effects of blood pressure measurements by de doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983; 2: 695-698.
- Siegel WC, Blumenthal JA, Divine GW. Physiological, psychological, and behavioral factors and white coat hypertension. *Hypertens* 1990; 16: 140-146.
- Lerman CE, Brody DS, Hui T, Lazaro C, Smith DG, Bum MJ. The White-coat hypertension response: prevalence and predictors. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 226-231.
- Macdonald MB, Laing GP, Wilson MP, Wilson TW. Prevalence and predictors of white-coat response in patients with treated hypertension. *CMAJ* 1999; 161: 265-269.

**TABLAS**

**Tabla 1. Respuesta Presora y Frecuencia Cardiaca de los pacientes que toman diuréticos frente al resto**

		Diuréticos			No Diuréticos			P
		n	$\bar{X}$	DS	n	$\bar{X}$	DS	
Mujer	EBB S	14	8,61	11,18	33	9,41	11,61	n.s
	EBB D	14	5,13	5,43	33	6,25	6,30	n.s
	FC	14	79,46	7,55	33	74,63	12,22	n.s
Varón	EBB S	6	10,41	9,83	17	-1,55	10,28	0,02
	EBB D	6	5,61	5,55	17	-1,35	7,14	0,04
	FC	6	66,86	7,02	17	79,56	8,97	0,05

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico  
**FC:** Frecuencia cardiaca (en latidos por minuto).

**Tabla 2. Respuesta Presora y Frecuencia Cardiaca de los que toman Betabloqueantes frente al resto**

		Betabloqueantes			No Betabloqueantes			P
		n	$\bar{X}$	DS	n	$\bar{X}$	DS	
Mujer	EBB S	9	14,61	6,33	38	7,88	11,97	n.s
	EBB D	9	8,23	4,84	38	5,37	6,19	n.s
	FC	9	60,93	6,77	38	79,65	8,75	< 0,05
Varón	EBB S	3	6,52	5,61	20	0,82	11,84	n.s
	EBB D	3	5,66	4,41	20	-0,32	7,45	n.s
	FC	3	68,80	9,78	20	77,36	9,91	n.s

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico  
**FC:** Frecuencia cardiaca (en latidos por minuto).

**Tabla 3. Respuesta Presora y Frecuencia Cardiaca de los que toman Calcioantagonistas frente al resto**

		Calcioantagonistas			No Calcioantagonistas			P
		n	$\bar{X}$	DS	n	$\bar{X}$	DS	
Mujer	EBB S	10	5,61	10,26	37	10,13	11,59	n.s
	EBB D	10	3,52	7,20	37	6,57	5,59	n.s
	FC	10	80,75	8,47	37	74,81	11,58	n.s
Varón	EBB S	6	-1,67	14,59	17	2,71	10,19	n.s
	EBB D	6	-1,78	8,32	17	1,25	7,07	n.s
	FC	6	78,49	10,68	17	75,45	10,11	n.s

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico  
**FC:** Frecuencia cardiaca (en latidos por minuto).

**Tabla 4. Respuesta Presora y Frecuencia Cardiaca de los pacientes que toman Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) frente al resto**

		IECA			No IECA			P
		n	$\bar{X}$	DS	n	$\bar{X}$	DS	
Mujer	EBB S	15	8,19	11,23	32	9,63	11,58	n.s
	EBB D	15	4,70	6,85	32	6,49	5,61	n.s
	FC	15	79,31	10,07	32	74,55	11,50	n.s
Varón	EBB S	10	-1,27	9,53	13	3,75	12,41	n.s
	EBB D	10	-2,17	6,07	13	2,48	7,81	n.s
	FC	10	80,08	9,24	13	73,30	10,08	n.s

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico  
**FC:** Frecuencia cardiaca (en latidos por minuto).

**Tabla 5. Respuesta Presora y Frecuencia Cardiaca de los pacientes que toman alfabloqueantes frente al resto**

		Alfabloqueantes			No Alfabloqueantes			P
		n	$\bar{X}$	DS	n	$\bar{X}$	DS	
Mujer	EBB S	4	10,1	19,1	43	9	10,7	n.s
	EBB D	4	7	7,3	43	5,8	5,9	n.s
	FC	4	87,88	7,94	43	74,97	10,86	< 0,05
Varón	EBB S	0	0	0	23	1,5	11,3	n.s
	EBB D	0	0	0	23	0,4	7,3	n.s
	FC	0	0	0	23	76,25	10,11	n.s

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico  
**FC:** Frecuencia cardiaca (en latidos por minuto).

**Tabla 6. Respuesta Presora de la primera fase frente a la segunda**

	N	$\bar{X}$	DS	P
EBB S 1.ª Fase	52	8,19	11,54	0,01
EBB S 2.ª Fase	52	3,14	12,11	
EBB D 1.ª Fase	52	4,39	6,46	0,02
EBB D 2.ª Fase	52	1,76	7,76	

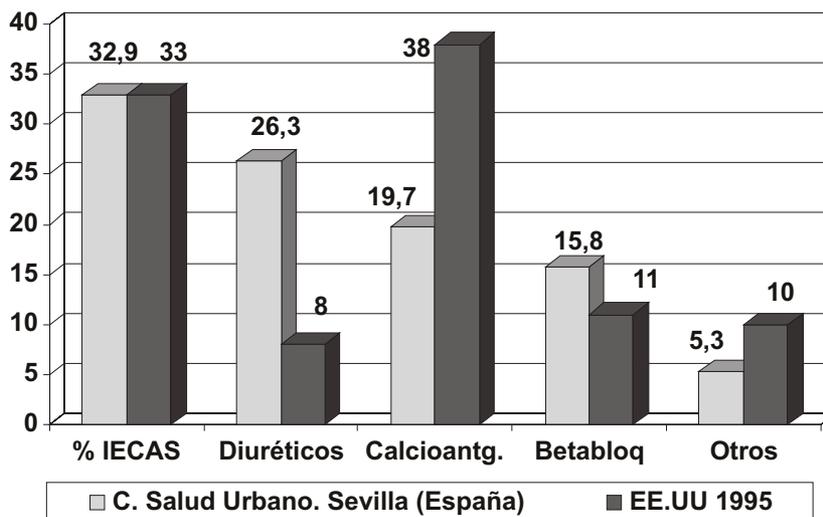
**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico

**Tabla 7. Respuesta Presora de la primera fase frente a la segunda estratificando por género**

		N	$\bar{X}$	DS	P
Mujer	EBBS 1.ª Fase	34	10,98	11,05	0,03
	EBBS 2.ª Fase	34	5,68	12,06	
	EBBD 1.ª Fase	34	6,08	5,76	ns
	EBBD 2.ª Fase	34	3,70	7,99	
Varón	EBBS 1.ª Fase	18	2,92	10,83	ns
	EBBS 2.ª Fase	18	-1,63	10,99	
	EBBD 1.ª Fase	18	1,20	6,66	ns
	EBBD 2.ª Fase	18	-1,89	5,93	

**EBB S:** Efecto de Bata Blanca Sistólico (en mmHg) **EBB D:** Efecto de Bata Blanca Diastólico

**Patrón de uso de los antihipertensivos: Estudio comparativo frente al patrón de EEUU.**



**Figura 1.** IECAS: Inhibidores de la Enzima Convertora de la Angiotensina

## ORIGINAL

# Utilización de servicios, medidas preventivas y educación sanitaria de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria (AP)

Fernández Vargas AM<sup>1</sup>, Bujalance Zafra MJ<sup>2</sup>, Leiva Fernández F<sup>3</sup>, Martos Crespo F<sup>4</sup>, García Ruiz A<sup>5</sup>, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga; <sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de MFyC de Málaga; <sup>4</sup> Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga; <sup>5</sup> Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga; <sup>6</sup> Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS, MEDIDAS PREVENTIVAS Y EDUCACIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

**Objetivo:** Describir la utilización de servicios, las medidas preventivas y la educación sanitaria recibida por los pacientes con EPOC en Atención Primaria (AP).

**Diseño:** Descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** 2 Centros de Salud urbanos.

**Población y muestra:** Se seleccionaron de forma consecutiva 278 pacientes EPOC.

**Intervenciones:** Mediante revisión de historias clínicas y entrevista personal se analizaron: variables sociodemográficas, tiempo de evolución de la EPOC, gravedad (FEV1), seguimiento, derivaciones (urgencias, Neumólogo), agudizaciones, inclusión en programa de crónicos, visitas a consulta a demanda y programada (médico/enfermería), pruebas complementarias/último año, medidas preventivas (vacuna antigripal) y educación sanitaria. Estadística descriptiva.

**Resultados:** Edad: 66,9 (DS 8.9), género: 88% varones, tiempo medio de evolución: 159 meses (DS 90.4), media FEV1: 62,3% teórico (IC 95%: 59,7 a 64,8). Seguimiento: 73% en A.P. El 53% presentaron 1 o más agudizaciones (media = 1, DS =1,2), siendo derivados a urgencias el 24,5%. El 10,4% realizó 1 consulta programada con su médico. La media de consultas a demanda fue de 9,05 (DS 8.5) y a consulta programada de enfermería 2,3 (DS 3). Pruebas complementarias/último año: analítica 76,3%, EKG 61,9%, Rx tórax 32%, Espirometría 12,9%. Vacunación antigripal/último año: 57,2%. El 46,8% habían recibido información acerca de su enfermedad, el 58,1% «referían» conocer las técnicas de inhalación y el 2,5% alguna técnica de rehabilitación respiratoria.

**Conclusiones:** 1.º *Utilización de Servicios:* Baja proporción de pacientes incluidos en programa de crónicos, alta utilización de la consulta a demanda y baja asistencia a la consulta programada. Mínima utilización de la espirometría en el seguimiento de estos pacientes.

2.º *Medidas preventivas:* Escaso porcentaje de pacientes con EPOC vacunados de la gripe en el último año.

3.º *Educación sanitaria:* Bajo porcentaje de pacientes informados acerca de su enfermedad.

**Palabras clave:** Utilización de servicios sanitarios; estrategias preventivas; educación para la salud. EPOC.

HEALTH SERVICES' UTILIZATION, PREVENTIVE STRATEGIES AND HEALTH EDUCATION AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) IN PRIMARY HEALTH CARE

**Goal:** Describe health services' utilization, preventive strategies and health education among patients with COPD in Primary Health Care.

**Design:** Cross-sectional study.

**Setting:** Two urban health centers.

**Participants:** 278 patients with COPD (confidence level 95%).

**Interventions:** The following were analyzed based on a personal interview and review of clinical histories: sociodemographic variables; evolution over time of COPD (from date of diagnosis); severity (FEV1); follow-up; referrals (emergency room visits, visits to pneumologist); crises; inclusion in chronic health programmes; number of medical or nursing visits, programmed or on demand; laboratory and radiologic tests requested the previous year; preventive strategies (flu vaccine) and health education. Statistical analyses.

**Results:** Age: 66.9 years (DS 8.9); sex: 88% male; average evolution over time of COPD: 159 months (DS 90.4); mean FEV1: 62.3% of theoretical value (CI 95%: 59.7 to 64.8). Follow-up: 73% in Primary Health Care. 53% of patients experienced one or more crisis in the previous year, but only 24.5% required The average demand for medical visits was 9.05 (DS 8.5) and nursing visits resulted in 2.3 (DS 3.01). The following complementary tests were requested over the past year: laboratory tests for 76.3% of patients; ECG 61.9%; x-ray 32%; spirometry 12.9%. Flu vaccine was administered to 57.2% patients. 46.8% patients had received information about their illness; 58.1% reported to be familiar with inhalation techniques, and 2.5% performed an occasional respiratory rehabilitation technique.

**Conclusions:** 1. *Health services utilization:* low percentage of patients included in chronic health programme, high utilization of medical visits on demand, with a low rate of programmed medical visits. Minimum utilization of spirometry in follow-up. 2. *Preventive strategies:* a low percentage of COPD patients had received flu vaccine in the previous year. 3. *Health education:* patients had insufficient knowledge about their illness.

**Key words:** Health services' utilization; preventive strategies; health education; COPD.

Correspondencia: Dra. Ana María Fernández Vargas. C/ Poeta Francisco Coronado y Delicado Bloque 8 1.º B. 29011 Málaga. Teléfono: 952 307 197. Fax: 952 614 530. E-mail: jaslak@terra.es

Recibido el 01-10-2002; aceptado para publicación el 07-01-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 119-123

## Introducción

La EPOC es una enfermedad crónica muy prevalente (9,1% en población de 40-69 años, según el estudio IBERPOC)<sup>1</sup>, lo que la convierte en el prototipo de patología sensible al seguimiento protocolizado mediante programas de salud. Sin embargo, encontramos que, en el momento del estudio, la mayoría de los centros de salud no contaban con un programa de seguimiento adecuado para este proceso, y cuando más, se incluían a estos pacientes dentro del programa de hipertensión o diabetes.

Es una patología en la que el factor etiológico principal está ampliamente demostrado, el tabaco y, por tanto, aspectos como las medidas preventivas, la información y la educación sanitaria, cobran especial relevancia<sup>2, 3, 4</sup>.

La Atención Primaria es el mejor nivel para la prevención de la enfermedad en todos sus niveles; prevención primaria (difundiendo el mensaje de la importancia de no comenzar a fumar), prevención secundaria (consejo antitabaco y programas de deshabituación evitando que los pacientes fumadores presenten la enfermedad) y también, prevención terciaria (evitando las complicaciones en los pacientes con EPOC, con medidas como la vacuna antigripal y antineumocócica, la utilización de antibioterapia).

La información sobre aspectos de esta patología y de los factores que la determinan, así como de las técnicas de inhalación, que constituyen actualmente la base fundamental del tratamiento sintomático de estos pacientes, y de los programas de rehabilitación respiratoria dirigidos fundamentalmente a mejorar la calidad de vida, constituye el pilar básico del abordaje de este proceso.

A pesar de la alta prevalencia, del importante gasto sanitario, tanto en recursos económicos como humanos (se calcula que el gasto sanitario medio que supone un individuo desde el momento que se le diagnostica la enfermedad, alrededor de los 50 años, hasta el final de su vida, asciende a unos 30.000 €)<sup>5</sup> y de la invalidez que genera, encontramos pocos datos en la bibliografía acerca de la valoración del proceso en esta patología dentro de la Atención Primaria (AP), a diferencia de la Hipertensión (HTA) o la Diabetes (DM) veteranas en estos aspectos.

En un estudio realizado por Figueras<sup>6</sup> sobre evaluación económica de intervenciones aplicadas a la EPOC, se apuntaba una serie de indicios que sugerían que la atención a estos enfermos no era todo lo efectiva y eficiente que se podría esperar. Dejar de realizar intervenciones efectivas o realizarlas de forma inadecuada ocasiona una pérdida importante de beneficios en términos de salud para los afectados y, además suponen unos costes innecesarios, que en la actual situación de limitación de recursos sanitarios no debe dejar indiferentes a los profesionales sanitarios.

Como una aproximación a la práctica clínica real de esta patología en nuestro ámbito, nos planteamos realizar este estudio cuyos objetivos son describir la utilización de servicios, las medidas preventivas y la educación sanitaria recibida por los pacientes con EPOC en AP.

## Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal, realizado en 2 Centros de Salud urbanos, El Palo y Palma Palmilla de Málaga, que cuentan con programa de crónicos y dentro de él, un subprograma de EPOC.

Se incluyeron a pacientes mayores de 35 años, con historia clínica en los centros de salud seleccionados, en la que constaba el «diagnóstico de EPOC» sin valorar los criterios diagnósticos utilizados por los distintos profesionales que les atendían.

Se excluyeron a los pacientes que presentaban obstrucción crónica al flujo aéreo con diagnósticos específicos como bronquiectasias, fibrosis quística, asma y aquellos pacientes que aún cumpliendo los criterios de inclusión no se encontraban en la zona básica de salud (ZBS) en el momento del estudio.

La elección de las unidades de estudio se realiza por Zonas Básicas a partir del listado del registro general de pacientes, seleccionando aquellos que presentan patología respiratoria y que habían sido distinguidos mediante pegatina verde o bien por código informatizado (número de código 492). Una vez localizados los pacientes se accedió a la Historia Clínica personal (formato de papel), donde se recogía parte de las variables analizadas y un teléfono de contacto.

Posteriormente se procedió a la citación mediante llamada telefónica de los pacientes (5 llamadas como mínimo) para realizarles una espirometría forzada, con la finalidad de obtener un perfil de gravedad de la enfermedad. Y por otro lado, concluir la recogida de las variables referentes a datos de educación sanitaria que no constaban en la historia clínica.

La población total con criterios de inclusión en el estudio fue de 658, con una participación real de 278 pacientes (nivel de confianza del 95%, precisión del 0,058) Las causas de no respuesta de los pacientes con criterios de inclusión están expresadas en la Tabla 1.

La investigación se realizó sobre las unidades descritas a fecha de 15 de diciembre de 1998. Los datos correspondientes a las variables de estudio se recogieron del 18 de enero al 11 de junio de 1999. Para el análisis se consideraron los datos registrados durante el año anterior a la fecha de inicio del estudio.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- Sociodemográficas: edad (años), sexo, estado civil, nivel de estudios (sin estudios, sabe leer y escribir, primarios, bachiller, superiores), situación laboral (trabaja, en paro, jubilado, trabajo no remunerado).
- Hábito tabáquico, cuantificado en paquetes/año (n.º de cigarrillos fumados cada día/20 cigarrillos que tiene un paquete y multiplicado por el número de años fumando).
- Tiempo de evolución de la EPOC en años.
- Gravedad valorada con el FEV1 expresado en porcentaje del teórico. Se realizó una espirometría forzada a los 278 pacientes (Normativa Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio)<sup>7</sup>. Se utilizó un espirómetro portátil con registro de la curva espirométrica en tiempo real.
- Seguimiento de la enfermedad: Atención Primaria y Especializada
- Número de agudizaciones en el último año.
- Derivaciones en el último año: derivación a Neumología, derivación al servicio de urgencias
- Inclusión en programas de crónicos.
- Asistencia del paciente a consulta médica y de enfermería en el último año. Número de visitas-médico/consulta a demanda. Número de visitas-médico/consulta programada. Número de visitas-enfermería/consulta programada.
- Pruebas complementarias/último año: Analíticas, Electrocardiograma (EKG), Radiografía de tórax, Espirometría.
- Medidas preventivas: Vacunación antigripal, realización de ejercicio, realización de algún tipo de dieta en el último año.
- Educación sanitaria: Se valoró mediante tres preguntas incluidas en el cuaderno de datos:
  - ¿Le han informado acerca de su enfermedad y su relación con el tabaco?
  - ¿Conoce las técnicas de inhalación?
  - ¿Conoce alguna técnica de rehabilitación respiratoria?

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas. Se han calculado medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación típica) para las variables cuantitativas y las frecuencias relativas para las variables cualitativas.

## Resultados

La edad media de los pacientes fue de 66,9 ± 8,9 años, correspondiendo el 88% a hombres, casados (87%), con bajo nivel de

estudios (62,4 % de analfabetos funcionales) y jubilados en su mayoría (77,3%)

De los 278 pacientes, 211 (76%) habían sido fumadores con una media de 53 paquetes/año. Algo más de la mitad, 118 pacientes, continuaban fumando en el momento del estudio, con un consumo superior (media de 61 paquetes/año).

El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 13 años, por lo que el inicio de la enfermedad se sitúa a partir de los 50 años aproximadamente.

El valor medio del FEV1 expresado en porcentaje del teórico fue de  $62,32 \pm 21,98$ , lo que corresponde con un grado leve de gravedad según la última clasificación de la SEPAR<sup>2</sup>.

De los datos de utilización de servicios destacamos:

El seguimiento de la enfermedad se realizó en Atención Primaria en el 73% de los pacientes.

La frecuencia del número de agudizaciones osciló entre 0 y 6 agudizaciones/año (media = 1 /año; mediana = 1; desviación típica = 1,2) y necesitaron derivación a urgencias 67 pacientes.

El 41% de los pacientes con EPOC de nuestro estudio estaban incluidos en programa de crónicos, bien por su patología respiratoria o por las otras patologías concomitantes. La asistencia a consulta programada con su médico osciló de 0 a 3 visitas en el último año (media = 0,12). La frecuencia de consultas a demanda en el último año, osciló entre 0 y 60 visitas (media = 9,05; mediana = 6; desviación típica = 8,5).

De las pruebas complementarias solicitadas en el último año como parte del seguimiento, sólo 36 pacientes tenía realizada una espirometría. En la tabla 2 se recogen los resultados de la utilización de servicios.

En la tabla 3 se recogen los resultados de medidas preventivas y educación sanitaria.

## Discusión

El tiempo de evolución de la enfermedad así como las características sociodemográficas de los sujetos del estudio, concuerda con la mayoría de los estudios analizados en la bibliografía<sup>1, 8, 9</sup>; destacando el bajo nivel de instrucción encontrado, lo que puede dificultar la educación sanitaria y el uso adecuado de los recursos sanitarios.

El grado leve de afectación de los pacientes, justifica el alto porcentaje de seguimiento de los mismos en Atención Primaria, tal como indican las nuevas recomendaciones<sup>2, 3</sup>.

Algo más de la mitad de los pacientes presentaron alguna agudización en el último año, con una media de 1 agudización/año, cifra bastante inferior a la de otros estudios<sup>9, 10, 11</sup> que obtuvieron una media entre 2 y 3 agudizaciones/año. Pensamos que esta diferencia puede atribuirse al distinto grado de afectación de las poblaciones comparadas, siendo la de menor gravedad la de nuestro estudio.

En cuanto a la utilización de servicios, consideramos bajo el porcentaje de pacientes incluidos en programa de crónicos, cuando además esta inclusión se había realizado para seguimiento de otras patologías crónicas que presentaban estos pacientes (hipertensión y/o diabetes). Por otro lado, llama la aten-

ción que sólo el 10,4% realizó una consulta programada con su médico. Sin embargo, la media de consultas a demanda fue elevada (9 visitas /año), bastante superior a la otros trabajos<sup>9, 10, 11</sup> (5 visitas/año) y a la encontrada en el estudio realizado por García<sup>12</sup> en las mismas ZBS pero en personas diabéticas e hipertensas (3,6 visitas/año).

Siguiendo con la utilización de servicios, y valorando las pruebas complementarias, destacamos la escasa proporción de enfermos (12,9%) a los que se le había realizado una espirometría como parte del seguimiento de su patología en el último año, cifra bastante inferior a la de otros estudios<sup>9</sup> (47%), y que viene a confirmar los resultados de la encuesta realizada por Naberan Toña<sup>13</sup> en áreas básicas de salud de Barcelona en relación a que sólo el 36% de los médicos de familia realizaban o solicitaban pruebas funcionales respiratorias a los pacientes obstructivos. Estas cifras contrastan con las recomendaciones actuales de seguimiento de las últimas normativas<sup>2, 3, 4</sup> que aconsejan realizar una espirometría anual en pacientes con EPOC grado leve (como son la mayoría de los pacientes del estudio). Por otro lado, consideramos elevado el porcentaje de pacientes con un EKG realizado, a pesar de la escasa sensibilidad de esta prueba y de no estar recomendada en el seguimiento de los pacientes con EPOC leve.

Si además tenemos en cuenta el gasto sanitario según el estudio realizado por Figueras<sup>5</sup>, sobre estimación del impacto de las prácticas asistenciales no recomendadas en el abordaje de la EPOC, es mayor el coste de realizar el seguimiento sin pruebas funcionales respiratorias (12,01 millones €/año) que realizando una espirometría anualmente (6,22 millones €/año).

Pueden ser varias las causas que conducen a la escasa petición de la espirometría. Por una parte, el no disponer en atención primaria de espirómetro (son pocos los centros que disponían de ellos en el momento del estudio) lo que dificulta la accesibilidad a dicha prueba pues hay que remitir al paciente al hospital de referencia, con lo que esto conlleva en cuanto a masificación, incomodidad y a veces imposibilidad de desplazamiento del enfermo. Por otro lado, puede ocurrir que el profesional de Atención Primaria no esté habituado a la interpretación de esta prueba por diversos motivos.

Estos resultados no discrepan de los obtenidos en el estudio DAFNE<sup>10, 11</sup>, realizado en Atención Primaria, donde las exploraciones complementarias más comúnmente realizadas fueron las analíticas, la Radiografía de tórax y el electrocardiograma, seguidas de la práctica de espirometría.

En cuanto a las medidas preventivas, sólo el 57,2% de los pacientes de la muestra se vacunaron contra la gripe, porcentaje bajo, si nos atenemos a las recomendaciones actuales<sup>2, 3, 4</sup>, que aconseja la vacunación anual de todos los pacientes con EPOC en otoño, medida que se ha mostrado eficaz en la reducción de la morbilidad y mortalidad durante epidemias de gripe en estos pacientes.

Por otra parte, fueron pocas las personas que referían realizar algún tipo de ejercicio físico (32%) y dieta (27,7%). Estas medidas preventivas habría que fomentarlas, máxime cuando se sabe que la obesidad y la inactividad física influyen negativamente en la sintomatología y en la calidad de vida de estos pacientes. Existen numerosos trabajos<sup>14, 15</sup> que demuestran la

efectividad del ejercicio tanto a nivel de extremidades inferiores como superiores, dentro de un programa de rehabilitación respiratoria, reportando una mejora en la resistencia al ejercicio y en la disminución de la disnea, aunque no se traduzca en cambios importantes de la función pulmonar.

La educación sanitaria<sup>4</sup> constituye un aspecto muy importante en el manejo satisfactorio de la EPOC, al igual que en otras patologías crónicas, pues el conocimiento de los factores de riesgo, del proceso de la enfermedad y de la finalidad de la intervención terapéutica, va a repercutir en una implicación activa del paciente en la terapia y control de su patología, disminuyendo el miedo y la ansiedad asociadas a ésta.

En el estudio, sólo el 47% había recibido información acerca de la EPOC y su relación con el tabaco y el 58% referían conocer las técnicas de inhalación. Decimos «referían», porque este hecho no se pudo constatar durante el estudio. Existen datos en la bibliografía<sup>16</sup> que afirman que el 20% de los pacientes que dicen hacer bien las inhalaciones, las realizan correctamente. En un estudio realizado en España<sup>17</sup>, sólo obtienen una puntuación correcta de 100 en el uso de inhaladores el 9% de los pacientes, el 14,6% de enfermeras y el 27,6% de médicos, lo que refleja la dificultad de la terapia inhalada en el cumplimiento terapéutico de esta enfermedad.

Por último, llama la atención, la escasa proporción de pacientes que conocían alguna técnica de rehabilitación respiratoria. Puede existir un desconocimiento de las técnicas por parte del facultativo de Atención Primaria, por considerar el tratamiento rehabilitador exclusivo del nivel especializado.

La rehabilitación respiratoria se ha desarrollado en los últimos años y requiere un equipo multidisciplinar para su realización, y aunque todo programa debe incluir aspectos educacionales y de terapia física se ha puesto de manifiesto en la bibliografía<sup>18</sup>, que aplicando programas pocos sofisticados se pueden obtener resultados positivos en cuanto a mejoría de la tolerancia al ejercicio y de la calidad de vida. Por tanto, una adecuada formación continuada en rehabilitación respiratoria entre los profesionales de la atención primaria podría favorecer el desarrollo de programas adaptados a la situación concreta de los pacientes.

En Conclusión destacamos:

– *Utilización de Servicios*: Baja proporción de pacientes incluidos en programa de crónicos, alta utilización de la consulta a demanda. Mínima utilización de la espirometría en el seguimiento de estos pacientes.

– *Medidas preventivas*: Escaso porcentaje de pacientes con EPOC vacunados de la gripe en el último año.

– *Educación sanitaria*: Algo menos de la mitad de los pacientes habían recibido información acerca de su enfermedad.

## Bibliografía

1. Villasante C, en representación del Comité Científico del Estudio IBERPOC. IBERPOC: Valoración de resultados. Arch Bronconeumol 1999; 35 (Suppl 3): 40-3.
2. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 297-316.
3. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Molina J, Naberan C, Simonet P, Masa JF et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Documentos semFYC. Aten Primaria 2001; 28: 491-500.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). National Institutes of Health Report 2701; 2001.
5. Figueras M. Estimación del impacto de las prácticas asistenciales no recomendadas en el abordaje de la EPOC. Barcelona: SOIKOS SL; 2000.
6. Figueras M. Farmacoeconomía y EPOC-2. Valoración económica de las intervenciones sanitarias. Barcelona: Excerpta Medica; 1997.
7. Sanchis J, Casan P, Castillo J, González N, Palenciano L, Roca J. Normativa SEPAR para la espirometría forzada. Barcelona: Ed Doyma; 1998.
8. Marco L, Martín JC, Corres M, Luque R, Zubillaga G. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general. Estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. Arch Bronconeumol 1998; 34: 23-7.
9. Miratvilles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol 1999; 35: 173-8.
10. Grupo DAFNE. Estudio farmacoeconómico del tratamiento antibiótico de las agudizaciones de la bronquitis crónica en Atención Primaria. Aten Primaria 2000; 23: 153-9.
11. Grupo DAFNE. Costes directos de la bronquitis crónica en atención primaria. Análisis de un estudio prospectivo. Aten Primaria 2001; 27:388-94.
12. García AM. Cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos hipertensos. [Tesis Doctoral]. Málaga: Univ de Málaga; 1999.
13. Naberan Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria (Barc) 1994; 13: 112-5.
14. Goldstein RS, Gort EH, Guyatt GH, Stubbing D, Avendano MA. Prospective randomised controlled trial of respiratory rehabilitation. Lancet 1994; 344:1394-7.
15. Güell R, Morante F, Sangenis M, Casan P. Efectos de la rehabilitación respiratoria sobre la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol 1995; 31: 55s.
16. Viejos Bañuelos JL. EPOC y cumplimiento terapéutico. En EPOC: Aspectos actuales y consideraciones especiales. Barcelona: Ed Doyma; 1998.
17. Plaza V, Sanchis J. Ability of patients, nurses and physicians with aerosol inhalation form MDI. A multicentric study. Eur respir J 1996; 9:205.
18. Guell R, Avendaño A. Rehabilitación respiratoria: definición, objetivos y selección de pacientes. En: Guell R, De Lucas P. Rehabilitación respiratoria. Madrid: Medical & Marketing Communications; 1999.p. 23-30.

**Tabla 1.** Causas de no-respuesta de pacientes con criterios de inclusión

CAUSAS	PALMA-PALMILLA	PALO	TOTAL
No localizados			
• Historia clínica perdida	14	17	31
• No-teléfono	36	29	65
• Cambio teléfono	73	54	127
• No contesta	49	47	96
Incapacitados			
• En domicilio	7	2	9
• Hospitalizados	2	0	2
Fallecidos	1	9	10
No quieren			
• Explícitamente	14	6	20
• Faltan a la cita	17	3	20
Total	213	167	380

**Tabla 2.** Utilización de servicios de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Seguimiento de la EPOC	203 pacientes (73%)	Atención Primaria
Agudizaciones/año	147 pacientes (53%)	1 ó más
Derivaciones	67 pacientes (24,5%)	Urgencias
	75 pacientes (27%)	Neumología
Inclusión en programa de crónicos	114 pacientes (41%)	
Asistencia a consulta médica	10,4% (DS 0,3)	Consulta programada
	9 visitas / año (DS 8,5)	Consulta demanda
Asistencia a consulta de enfermería	2,3 visitas/año (DS 3,01)	
Pruebas complementarias	36 pacientes (13%)	Espirometría
	89 pacientes (32%)	Radiografía de tórax
	172 pacientes (62%)	Electrocardiograma
	212 pacientes (76,3%)	Analítica

**Tabla 3.** Medidas preventivas y de Educación sanitaria realizadas en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Medidas Preventivas		Educación Sanitaria	
Vacunación antigripal (se vacunaron)	159 pacientes (57,2%)	Información de la EPOC	130 pacientes (46,8%)
No realizan ejercicio	188 pacientes (67,6%)	Conocimiento técnicas de inhalación	161 pacientes (58%)
Realizan dieta	77 pacientes (27,7%)	Conocimiento técnicas de rehabilitación respiratoria	7 pacientes (2,5%)

## ORIGINAL

# Sexualidad y fuentes de información en población escolar adolescente

Gascón Jiménez JA<sup>1</sup>, Navarro Gochicoa B<sup>2</sup>, Gascón Jiménez FJ<sup>2</sup>, Pérula de Torres LA<sup>3</sup>, Jurado Porcel A<sup>4</sup>, Montes Redondo G<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Médico Familia (Serv. Urgencias. Hospital Reina Sofía); <sup>2</sup> Pediatra EBAP (Distrito Sanitario Córdoba); <sup>3</sup> Técnico Salud Pública (Unidad Docente MFyC Córdoba); <sup>4</sup> Médico Internista (Hospital. Reina Sofía).

### SEXUALIDAD Y FUENTES DE INFORMACIÓN EN POBLACIÓN ESCOLAR ADOLESCENTE

**Objetivo:** Conocer el grado de información recibida sobre sexualidad por los adolescentes en los centros escolares, así como sus principales fuentes de información, la utilidad percibida de ellas y sus preferencias al respecto.

**Diseño:** Estudio transversal.

**Emplazamiento:** Centros escolares de secundaria de la ciudad de Córdoba.

**Población y muestra:** Escolares adolescentes. Se reclutaron mediante muestreo aleatorio polietápico a 893 sujetos.

**Intervenciones:** Se utilizó un cuestionario anónimo autocumplimentado. Las variables analizadas fueron: grado y utilidad de la información recibida sobre sexualidad y preferencias sobre quién debe de informar. Se realizó análisis descriptivo y bivariado ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** De los 893 alumnos, el 48% eran hombres. La media de edad fue de 17,16 años (IC 95% 17,05-17,26). Más del 50% de los alumnos consideran inadecuada la información recibida sobre distintos aspectos de la sexualidad, siendo los alumnos de cursos superiores los que más la consideran inadecuada ( $p < 0,001$ ). Los amigos son aquellos con quienes pueden hablar abiertamente de sexualidad (92,4%), quienes a su vez son los que aparecen en primer lugar al identificar las principales fuentes de información (54,4%) así como al considerarla ésta como útil (27,9%). Esto contrasta con sus deseos sobre quien debería darles la información (médicos —58,2%— y padres —48,8%—)

**Conclusiones:** Más de mitad de los alumnos consideran inadecuada la información recibida en los centros docentes sobre distintos aspectos de la sexualidad. Así mismo, las fuentes de información utilizadas sobre sexualidad no se corresponden con las deseadas por los adolescentes, siendo los padres y el personal sanitario las figuras más valoradas para facilitarles dicha información.

**Palabras clave:** Adolescentes. Sexualidad. Información sanitaria.

### SEXUALITY AND SOURCES OF INFORMATION IN A SCHOOL-AGED ADOLESCENT POPULATION

**Goal:** To discover the degree of information received on sexuality by adolescents in educational centers, as well as the main sources of this information, its perceived utility, and students' preferences.

**Design:** Cross-sectional study.

**Setting:** Secondary educational centers in the city of Cordoba.

**Population and Sample:** School-aged adolescents. They were selected through a random multiple-phase sample of 893 subjects.

**Interventions:** An anonymous self-administered questionnaire was used. The variables analyzed were: degree and utility of the information received on sexuality and preferences regarding who should provide that information. A descriptive and bivariate analysis was carried out ( $p < 0.05$ ).

**Results:** 48% of the 893 students were male. The average age was 17.16 (CI 95% 17.05-17.26). More than 50% of the students considered the information they received on sexuality to be inadequate; those who most strongly felt this information was inadequate were students in the higher grades ( $p < 0.001$ ). 92.2% identified their friends as the persons they could speak to most openly about sex, and friends occupied first place when students were asked to identify their principal sources of information on this topic (54.4%), as well as their most useful source (27.9%). This contrasts with who they think should give them information (doctors —58.2%— and parents —48.8%—).

**Conclusions:** More than half the students felt that the information received in their educational centers regarding different aspects of sexuality was insufficient. Similarly, the sources of information used regarding this subject did not correspond to the ones that adolescents wanted, with doctors and medical personnel being the figures most highly valued to provide them with that information.

**Key words:** Adolescents. Sexuality. Health information.

Correspondencia: José A. Gascón Jiménez. C/ José M.ª Martorell n.º 36.14005 Córdoba. Teléfono: 670-598-007. e-mail: med020613@saludalia.com

Recibido el 12-09-2002; aceptado para publicación el 04-03-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 124-129

## Introducción

La adolescencia es un periodo crucial para el crecimiento, y debemos entenderla como una etapa en la que el niño pasará a adulto, lo que traerá consigo, no sólo la maduración física, sino también, psíquica, afectiva y emocional<sup>1</sup>. Al mismo tiempo se caracteriza por ser un periodo afirmación de nuestra personalidad y también de rebeldía, donde por ese afán de independencia, nos hace desoír las advertencias y consejos que desde el núcleo familiar y los centros docentes fundamentalmente se nos dan.

No cabe duda que los adolescentes, por sus inquietudes y necesidades de experimentación, se convierten en población de riesgo, tanto para enfermedades de transmisión sexual (ETS) como para embarazos no deseados, situaciones que han aumentando progresivamente desde la década de los setenta<sup>2</sup>, donde quizás una correcta educación sea la mejor forma de prevención.

La inclusión de la educación sexual en los nuevos planes curriculares debería traer consigo un mayor conocimiento y formación de nuestros hijos. Sin embargo, no podemos olvidar que la educación sanitaria se desarrolla en diferentes contextos y que la sexualidad es una faceta inherente a la persona, y que es sin duda en la adolescencia cuando cobra más importancia.

En los últimos años han sido la drogadicción y el SIDA los terrenos donde se ha hecho más hincapié a la hora de la prevención con campañas tanto en las escuelas como en los medios de comunicación; en cambio, tanto el embarazo como las ETS no han sido objeto de dichas campañas, existiendo un vacío que hasta ahora nadie se ha preocupado de llenar.

Sabemos que hacer una correcta educación sobre sexualidad no es tarea fácil. Ya sea en la familia o en la escuela, nos encontramos con problemas morales, falta de preparación e incluso desconocimiento por parte de padres y educadores, lo que ha llevado a los adolescentes en su mayoría a obtener la información de otras fuentes, que en muchos casos no pueden garantizar la imparcialidad y claridad que ello requiere. La sexualidad, en general, y la percepción que de ésta tienen los adolescentes, sus experiencias, inquietudes y dudas, debe ser el punto de partida para una correcta educación sexual, desde la cual, podamos ofrecer al adolescente la información que reclama.

Por todo esto, el objetivo de este estudio fue conocer el grado de información recibida sobre sexualidad por los adolescentes en los centros escolares, así como sus principales fuentes de información, la utilidad percibida de ellas y sus preferencias al respecto.

## Sujetos y métodos

Se trata de un estudio observacional transversal o de prevalencia. La población de estudio estuvo constituida por los alumnos escolarizados en la ciudad de Córdoba en los cursos de 2.º de BUP, COU y FP de 2.º grado. Partiendo de los datos facilitados por la Consejería de Educación y Ciencia (con un total de 9.024 alumnos matriculados), se realizó un muestreo aleatorio polietápico, con una primera etapa en la que se realizó un muestreo estratificado por curso y tipo de centro (público o privado), y una segunda, por muestreo por conglomerados, utilizando como unidad de muestreo primaria el colegio, y secundaria el alumno. El cálculo del tamaño muestral se realizó para un valor  $\alpha=0,05$  y una precisión de  $\pm 3,5\%$ . Al desconocer los valores de «p», consideramos la situación más desfavorable ( $p=q=0,5$ ). El tama-

ño muestral calculado fue de 784 alumnos. Se pronosticó una tasa de pérdidas del 6%, ampliándose la muestra a 834 alumnos, siendo este el número mínimo necesario para la precisión y el valor  $\alpha$  predeterminado.

La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y precodificado diseñado para el estudio, basándonos en cuestionarios previos<sup>3,4</sup>, de carácter anónimo y que fue autocumplimentado por el alumno. Previamente a su versión definitiva, el cuestionario fue pilotado en una submuestra de 30 alumnos de un centro no perteneciente al grupo estudiado, donde se comprobó su fiabilidad intraobservador mediante el método del test-retest, con obtención del índice de concordancia *kappa*. Se seleccionaron 6 preguntas testigo obteniendo valores superiores a 0,40, considerándose estos como aceptables<sup>5</sup>.

La encuesta fue pasada a los alumnos en horas de clase y en coordinación con el profesor, el cual no se hallaba presente, para evitar que los alumnos se sintiesen condicionados en sus respuestas. Los cuestionarios fueron entregados en una sola jornada y sin conocimiento previo del día por parte del alumno. Ningún alumno se negó a responder la encuesta, por lo que el número de cuestionarios válidos recogidos entre todas las aulas seleccionadas fue de 893, número superior al calculado como mínimo necesario. El trabajo de campo se realizó durante el curso escolar 1997/98.

En el cuestionario se recogieron datos socio-demográficos, así como otros relacionados con las fuentes de información en sexualidad (autopercepción de la información facilitada en la escuela, con quién pueden hablar, de quién han recibido información, de quién ha sido más útil y quién preferirían que les informasen). Los datos fueron procesados, y sometidos a análisis estadístico, primero descriptivo, con cálculo de medidas de tendencia central y de posición en las variables cuantitativas y frecuencias relativas expresadas en porcentajes a las cualitativas, y a continuación se realizó un análisis inferencial, con aplicación de test de hipótesis para variables cualitativas (Ji-cuadrado, Test exacto de Fisher) y cuantitativas (T de Student y ANOVA), considerando significativos los tests de hipótesis bilaterales con una  $p<0,05$ .

## Resultados

De los 893 alumnos estudiados, el 48% eran hombres y el 52% mujeres, con una media de edad de 17,16 años  $\pm 1,6$  —Desviación típica— (IC<sub>95%</sub> 17,05-17,26; límites 15-21 años). La distribución por cursos fue: 42,4% en 2.º BUP, 38,3% COU, y 19,3% FP, siendo un 69,4% los alumnos que cursan sus estudios en centros públicos.

Cuando les preguntamos que calificquen la información recibida en sus centros como adecuada o inadecuada respecto a distintos aspectos de la sexualidad, los resultados obtenidos son los que se muestran en la figura 1, destacando que sólo respecto al SIDA la información es calificada como adecuada para algo más del 50%. En este sentido, y para cada uno de los 5 aspectos analizados, encontramos diferencias significativas ( $p<0,001$ ) respecto al curso, siendo los alumnos de 2.º BUP los que consideran la información como adecuada respecto a los alumnos de COU o FP (tabla 1). Así mismo, se hallaron diferencias significativas en función del tipo de centro, al considerar la información como adecuada en lo referente a relaciones sexuales (28,6% en centros públicos frente a 20,6% de centros privados) — $p=0,013$ —; anticonceptivos (38,8% frente a 23,2%) — $p<0,001$ — y embarazo (28,2% frente a 20,3%) — $p=0,013$ —.

Posteriormente analizamos cuales son las fuentes reales de información sobre sexualidad, las que ellos desearían, y la percepción de la utilidad de estas. En la tabla 2 se recogen las preguntas del cuestionario que analizaban esta faceta. En la figura 2 se muestra la distribución de las personas con las que los adolescentes refieren poder hablar de sexualidad, encontrando diferencias significativas por sexo a favor de los hombres para la figura

del padre (32,4% frente al 15,1% de las mujeres) — $p<0,001$ —, y a favor de las mujeres cuando se refiere a la pareja (72,1% frente al 65,7% de los hombres) — $p=0,041$ —. También encontramos diferencias por cursos respecto a la pareja (79,1% en COU frente a 63,2% en 2.º BUP) — $p=0,001$ —.

Por otro lado, en la figura 3 se muestra quienes han sido las fuentes de información para los adolescentes respecto a la sexualidad en general, destacando en este sentido los amigos (54,4%), encontrando diferencias por sexo a favor de los hombres para el padre (17% frente a un 8% de mujeres) — $p<0,001$ — y para el cine y la TV (37,3% frente al 14,7% de mujeres) — $p<0,001$ —; por el contrario, aparecen diferencias a favor de las mujeres para la madre (24,4% frente a 14,9% de los hombres) — $p<0,001$ — y para las revistas y libros (39,3% frente al 31,2% de los hombres) — $p=0,012$ —. De igual forma, en la figura 4 se representa la utilidad de la información recibida, apareciendo de nuevo los amigos en primer lugar (27,9%) y encontrando diferencias por sexos a favor de los hombres para la figura del padre, el cine y la TV ( $p<0,001$ ), y a favor de las mujeres para la madre, y libros y revistas ( $p<0,001$ ). No obstante, cuando se les pregunta que quienes desearían que les informasen en relación a la sexualidad, el 58,2% eligen en primer lugar a los médicos, encontrándose diferencias por sexo (63,1% de las mujeres frente a 52,9% de los hombres) — $p=0,002$ —, seguidos por otros jóvenes (51,5%) y por los padres (48,8%).

## Discusión

Cuando analizamos la información recibida en los centros docentes sobre distintos aspectos de la sexualidad, es llamativo el hecho de que solo para el SIDA la información sea considerada como adecuada para algo más de la mitad de los adolescentes encuestados, relegando otros aspectos como embarazo y anticonceptivos a aproximadamente un 30%, datos que no hacen sino poner de manifiesto que donde más se ha puesto el énfasis en estos últimos años ha sido, ante todo, en relación a este síndrome. Estos resultados también aparecen en porcentajes similares en la zona rural de la provincia de Córdoba<sup>6</sup>. No obstante, el hecho de que sean los alumnos de cursos inferiores los que consideran en mayor proporción la información como adecuada puede ser reflejo de una mayor necesidad de información conforme avanzamos en edad. Por otro lado, entendemos que las diferencias encontradas por centros se deben más a otros aspectos al margen de los puramente académicos, ya que la mayoría de los centros privados eran religiosos.

A la hora de hablar de sexualidad, son los amigos y la pareja los que obtienen mejores resultados<sup>3,6-9</sup>, quedando los padres en un lugar poco relevante. Los médicos, por su parte, ocupan el tercer lugar, siendo señalados por casi la mitad de los adolescentes. Destaca en este sentido, que son más los hombres que dicen poder hablar libremente con el padre, mientras que las adolescentes lo hacen con la pareja, situación esta, que a su vez se asocia con la edad.

Por su parte, amigos, medios de comunicación en general (revistas, libros, cine o TV) y profesores, son los que suelen proporcionar información de carácter sexual en mayor medida<sup>3,10-12</sup>, si bien otros estudios muestran proporciones distintas<sup>6,13</sup>,

quedando la familia y los sanitarios en posiciones más rezagadas, al contrario que otros autores, que encuentran un mejor papel en la familia<sup>14,15</sup>. Por géneros, encontramos que son los padres y la TV para los hijos, y la madre y las revistas para las hijas, las que facilitan esta información<sup>3,16,17</sup>, siendo la información de amigos y revistas proporcional al aumento de edad, al contrario que los padres.

Con estos datos se pone de manifiesto la importancia del grupo de amigos respecto a la información recibida sobre sexualidad, donde posiblemente sean la accesibilidad y el clima de confianza que se produce entre iguales, los factores que más puedan influir en esta circunstancia. No obstante, esto puede traducirse en un aumento de las situaciones de riesgo ante determinadas conductas si los amigos están poco o mal informados<sup>18,19</sup>, por lo que se han utilizado distintos métodos, desde programas «one on one», en los que se enfrenta al grupo de compañeros, hasta videos o teatro, encontrando en todos ellos cierto grado de eficacia<sup>20-22</sup>. Otra de las opciones utilizadas ha sido el desarrollo de la Consulta Joven en los Institutos<sup>23</sup>, en la que se ha podido comprobar que los jóvenes tienen mucha información, pero en muchas ocasiones poco asimilada y a veces con grandes errores en los conceptos, del mismo modo que ha demostrado ser un buen medio para enterarnos que es lo que le preocupa a los jóvenes y así poder afrontarlo. Por su parte, el papel desarrollado por los padres, ha sido estudiado por otros autores, que si bien, ponen de manifiesto un factor protector de la madre para la gestación<sup>12</sup>, no atribuyen retraso para el inicio de la actividad sexual cuando esta información se dirige a las hijas, mientras que por el contrario, las madres al aconsejar a sus hijos, retrasan su actividad sexual, mientras que los padres, la aceleran<sup>24</sup>. Estos datos muestran una función más participativa de la madre en la información que sobre sexualidad, se les facilita a los hijos dentro del hogar<sup>25</sup>. En general, los trabajos que han analizado los efectos de una educación sexual, destacan que esta disminuye los comportamientos de riesgo, y en contra de lo que podría pensarse, retrasa la edad de inicio de las relaciones<sup>18,26-28</sup>.

De igual manera, son los amigos, profesores y revistas los que son considerados como fuentes más útiles de información<sup>3,6</sup>, datos que ponen de relieve la importancia de la escuela, a través de los profesores, y los medios de comunicación, a la hora de facilitar información sobre sexualidad. Aunque en general, estos datos contrastan con las preferencias expresadas a la hora de distinguir a quién prefieren para que les informen, siendo los médicos, otros jóvenes y los padres los más solicitados para tal fin<sup>6,29</sup>, lo que sin duda, debe servir, tanto a padres como a sanitarios, como estímulo para aumentar el flujo de comunicación con los adolescentes.

Dentro de las limitaciones del estudio debemos tener en cuenta que al tratar el tema de la sexualidad en los adolescentes, la confidencialidad y la sinceridad de sus respuestas son la base en la que se sustenta la validez de la información recogida. Es por esto, que a la hora de determinar cual sería el instrumento de medida, optásemos por los cuestionarios autocumplimentados, ya que en general son fiables y válidos, aun cuando la proporción de adolescentes que no dicen la verdad en las encuestas, se ha estimado en un 7%<sup>30,31</sup>.

En resumen, podemos concluir diciendo que más de mitad de los alumnos consideran inadecuada la información recibida en los centros docentes sobre distintos aspectos de la sexualidad. Así mismo, las fuentes de información utilizadas sobre sexualidad no se corresponden con las deseadas por los adolescentes, siendo los padres y el personal sanitario las figuras más valoradas a la hora de transmitirles dicha información.

## Bibliografía

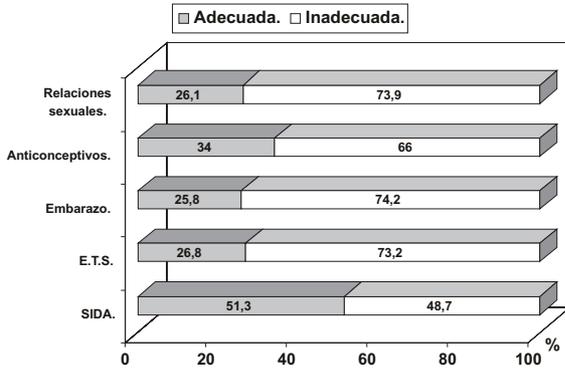
- González Meneses A, Sobrino Toro M. Problemática médico-social de la adolescencia. En: García Caballero C. *Pediatría Social*. Madrid: Díaz de Santos; 1995. págs. 423-428.
- Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública núm.10. Madrid 1993.
- Oliva A, Serra L, Vallejo R. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1993.
- Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
- Argimón JM, Jiménez J. Análisis de la concordancia. En: Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 321-25.
- Romero de Castilla Gil RJ, Lora Cerezo MN, Cañete Estrada R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria* 2001; 27: 12-17.
- Millán T, Valenzuela S, Vargas NA. Salud reproductiva en adolescentes escolares, conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna en Santiago de Chile. *Rev Med Chil* 1995; 123: 368-75.
- Kponhassia G, Aonon AA. Sexuality and AIDS risk among Abidjan street youth. *Int Conf AIDS* 1996; 11:396.
- Sueiro E, Dieguez JL, González A. Jóvenes que realizan estudios universitarios: salud sexual y reproductiva. *Aten Primaria* 1998; 21: 283-88.
- Cortejoso FJ. Embarazo y anticoncepción en la adolescencia (y II): anticoncepción, aborto y educación sexual. *Med Integral* 1986; 8: 164-77.
- Ruiz MA, Almenara J, Rodríguez A, Fernández JR. Uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente. *Rev Esp Pediatr* 1990; 46: 229-32.
- Thorburg H. Adolescent sources of information on sex. *J Sch Health* 1981; 274-77.
- Castillo MD, Gil G, Naranjo JA, León de Cruz MA. Sexualidad y SIDA: grado de conocimiento y actitud de los escolares. *Medicina de Familia (And)* 2001; 3: 223-230.
- Strsburger VC. Sexualidad de los adolescentes y medios masivos de difusión en Estados Unidos. *Clin Ped North Am* 1989; 36: 807-37-
- Huertas I, Pereiro I, Roig J, Salazar A, Chover JL, Guerrero C et al. Evolución de los hábitos de salud y de relación de una cohorte de adolescentes de Puerto Sagunto (1995-1996). *Aten Primaria* 1999; 23: 8-14.
- Kland NI, Barth RP. Gender differences in knowledge, intentions and behaviors concernings pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. *J Adolesc Health* 1992; 13: 589-99.
- Moreau-Gruet F, Ferron C, Jeannin A, Dubois-Aiber F. Adolescent sexuality: the gender gap. *AIDS Care* 1996; 8: 641-53.
- Hausse D, Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behaviour among adolescents? *Pediatrics* 1994; 93: 580-585.
- Ellen JM, Boyer CB, Tschann JM, Shafer MA. Adolescent's perceived risk for STDs and HIV infection. *J Adolesc Health* 1996; 18: 177-181.
- Banman DW 3<sup>rd</sup>. Peer education in the residential context. *J Am Coll Health* 1993; 41: 271-72.
- O'Donnell L, San Doval A, Duran R, O'Donnell C. Video-based sexually transmitted diseases patient education: its impact on condom acquisition. *Am J Public Health* 1995; 85: 817-22.
- Elliot L, Grover L, Farrow K, Henderson A, Cowan L. Theatre in AIDS education. A controlled study. *AIDS Care* 1996; 8: 321-340.
- Suárez Pinilla F, Medina Sastre M<sup>a</sup> V. Consulta Joven en los institutos: «Una experiencia a compartir». *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 84-86.
- Grant L, Demetriou E. Sexualidad en los adolescentes. *Clin Ped North Am* 1988; 35: 1397-421.
- Miller KS, Kotchick BA, Dorsey S, Forehend R, Ham AY. Family communication about sex: what are parents saying and are their adolescents listening? *Fam Plann Perspect* 1998; 30: 218-22.
- Tendencias a la fertilidad de los adolescentes: ¿qué tendencia ha cambiado, cuándo y por qué? [editorial]. *Pediatrics* (ed esp) 1998; 5: 270.
- Stevens-Simon C, Boyle C. Effect of gravid classmates on student feeling about conception. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 272-75.
- Stout JW, Rivara FP. School and sex education: does it work? *Pediatrics* 1989; 83: 375-79.
- Rawitscher LA, Saitz R, Friedman LS. Adolescent's preferences regarding HIV-related physician counselling and HIV testing. *Pediatrics* 1996; 1: 52-58.
- Brener N, Collin J, Kann L, Warsen CW, Williams BL. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 575-80.
- Newcomer S, Udry JR. Adolescents' honesty in a survey of sexual behavior. *J Adolesc Res* 1988; 3: 419-23.

**Tabla 1.** Distribución por cursos del porcentaje de alumnos que consideran como adecuada la información facilitada sobre varios aspectos relacionados con la sexualidad

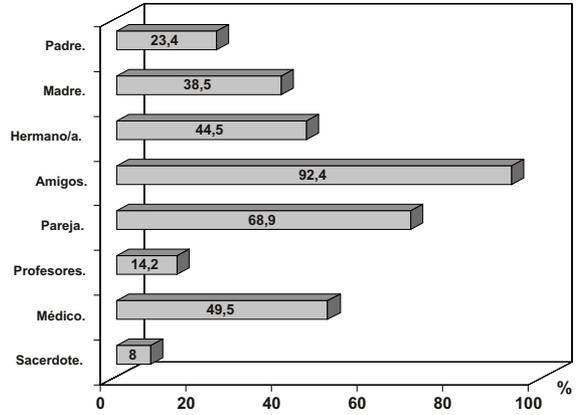
	2º BUP	COU	FP	-P-
<b>Relaciones sexuales</b>	40,2%	16,8%	13,5%	<0,001
<b>Anticonceptivos</b>	45,0%	28,2%	21,5%	<0,001
<b>Embarazo</b>	33,2%	20,1%	20,9%	<0,001
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual</b>	34,7%	19,5%	23,8%	<0,001
<b>SIDA</b>	62,1%	45,0%	40,1%	<0,001

**Tabla 2:** Preguntas del cuestionario que analizaban las distintas fuentes de información.

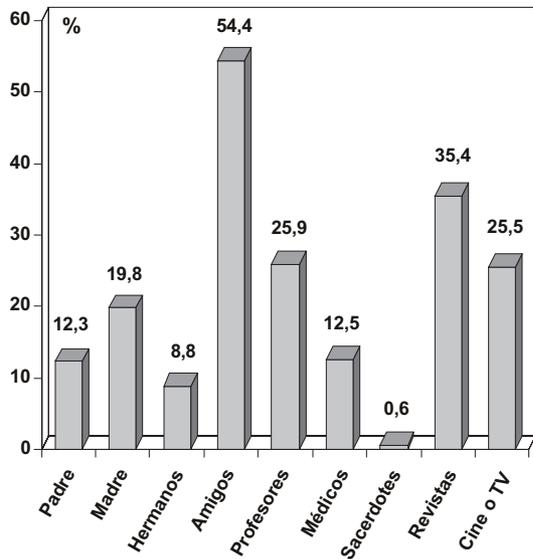
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Con quiénes de los siguientes puedes hablar de sexualidad abiertamente?		
Padre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacerdote .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No hablo con nadie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La información que tienes sobre sexualidad la has recibido sobre todo de:		
Padre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/as .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacerdotes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas o libros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cine ó TV .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No he recibido ninguna información .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿De quién consideras que ha sido más útil la información recibida?		
Padre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos/as .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/as .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacerdotes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revistas o libros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cine o TV .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Quiénes preferirías que te informaran sobre temas de sexualidad?		
Mis padres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacerdotes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros jóvenes formados en el tema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



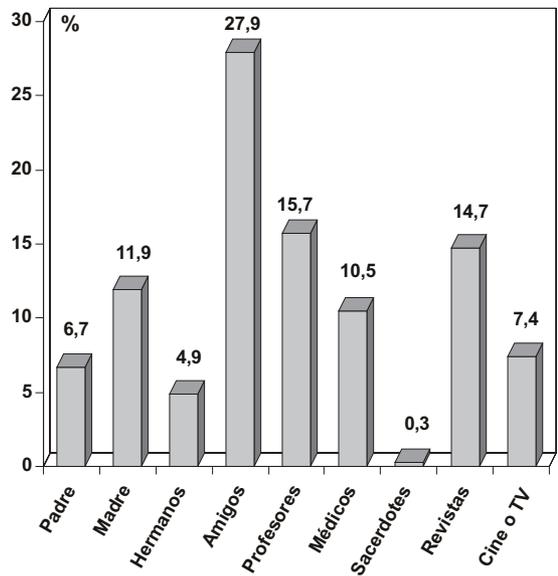
**Figura 1.** Porcentaje de respuestas a la pregunta de cómo consideran los adolescentes la información recibida en los centros docentes para distintos aspectos de la sexualidad.



**Figura 2.** Personas con las que los adolescentes afirman poder hablar abiertamente sobre sexualidad.



**Figura 3.** Fuentes de información para los adolescentes sobre sexualidad



**Figura 4.** Percepción de la utilidad de la información recibida sobre sexualidad respecto a las distintas fuentes analizadas.

## ORIGINAL

# Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar

Soriano Fuentes S<sup>1</sup>, De la Torre Rodríguez R<sup>2</sup> Soriano Fuentes, L<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Médico. CS de Tarifa; <sup>2</sup> DUE. CS de Tarifa; <sup>3</sup> Psicóloga UNED Algeciras.

### FAMILIA, TRASTORNOS MENTALES Y CICLO VITAL FAMILIAR

**Objetivo:** Analizar la estructura familiar, el ciclo vital familiar (CVF) y la psicopatología que pueda estar presente en las familias estudiadas.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Centro de Salud de ámbito rural.

**Población y muestra:** 124 pacientes obtenidos mediante muestreo aleatorio sistemático. Constante de muestreo k = 5. Precisión del 0,03. Error alfa de 0,05.

**Intervenciones:** Los instrumentos de medida fueron el modelo de CVF de la OMS modificado por De la Revilla, para el estudio de la familia y el cuestionario MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

**Resultados:** El tipo de estructura familiar más frecuente es la nuclear con parientes próximos (56,5%), seguido de la monoparental (12,5%) y de la nuclear ampliada (con parientes o agregados) con un 11%. La mayoría de las familias se encuentran en la etapa IV de contracción (27%) seguidos de las etapas III, final de la extensión y de la etapa V, final de la contracción. El 58% de la muestra estudiada refiere presentar algún trastorno psicológico (los más frecuentes son episodio depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia y ansiedad generalizada). De la muestra estudiada el 49% tenían antecedentes familiares de patología psiquiátrica (sobre todo de la madre y hermanas) y en el 5% se registró la presencia de suicidio familiar.

**Conclusiones:** La prevalencia de trastorno psíquico en la muestra es elevada. El 63% se encuentra en las etapas IV o superiores del ciclo vital familiar.

**Palabras clave:** Familia, psicopatología, ciclo vital.

### FAMILY, PSYCHOLOGICAL DISORDERS AND VITAL FAMILY CYCLE

**Goal:** To analyze family structure, the vital family cycle, and psychological disorders that might exist in the families under study.

**Design:** Cross-sectional descriptive study.

**Setting:** Rural Health Center.

**Population and Sample:** 124 patients selected by systematic random sampling. Sampling constant K= 5. Accuracy = 0.03. Alpha error = 0.05.

**Interventions:** The measuring instruments were the OMS model, modified by de la Revilla for the family study, and the MINI questionnaire.

**Results:** The most common family structure is the nuclear one that includes close relatives (56.5%), followed by single-parent families (12.5%), and finally the enlarged nuclear family, including relatives or other relations (11%). Most of the families were found to be in period IV of contraction (27%), followed by period III, end of extension, and period V, end of contraction. 58% of those included in the sample mentioned symptoms related to some sort of psychological disorder (the most common being a major depressive episode, dystemia, anxiety attacks, and general anxiety). Among those studied in the sample, 49% had a family history of psychological disorders (especially from mothers and sisters), and 5% had experienced a relative's suicide.

**Conclusion:** The prevalence of psychological disorder in this sample is high. 63% are found to be in periods IV or higher of the vital family cycle.

**Key words:** Family. Psychological disorders. Vital cycle.

Correspondencia: Segundo Soriano Fuentes. C/ Patriarca Dr. Pérez Rodríguez, n.º 34 - 3.º B. 11203 Algeciras (Cádiz). Tlf: 956 092 287-661 409 497. E-mail: 111105046@ono.com

Recibido el 8-11-2002; aceptado para publicación el 19-03-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 130-135

## Introducción

Con frecuencia nos encontramos en consulta a personas en las que detrás de las mismas se encuentra un problema de tipo psicosocial donde está implicada la familia<sup>2</sup>.

De la misma manera que no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o, como ocurre a veces, por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes<sup>1</sup>, por los que sin duda todos hemos pasado o tendremos que pasar.

Las fases del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos<sup>10</sup> y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias...). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia<sup>6, 16, 17</sup>.

Las situaciones clínicas en las que se recomienda un enfoque familiar son conocidas: niños problemáticos<sup>4, 5</sup> o pacientes con patología confusa con síntomas y signos mal definidos<sup>2</sup>, otras veces es la hiperutilización del sistema<sup>6, 7</sup>, en otras un mal cumplimiento de los tratamientos<sup>3</sup> y a veces nos encontramos con problemas de salud mental o de adicción<sup>8, 9</sup>.

El objetivo del presente trabajo es analizar la estructura familiar, la psicopatología que pueda estar presente y el ciclo vital de las familias estudiadas en una población de ámbito rural.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 124 pacientes de la población general que acuden por distintos motivos de consulta al centro de Atención Primaria de Facinas (módulo rural dependiente del Centro de Salud de Tarifa, que atiende a una población de aproximadamente 1500 habitantes, incluidos los cortijos y pequeñas barriadas más alejadas del núcleo principal).

Para la estimación del tamaño muestral se asumió un error alfa de 0,05, es decir, un nivel de confianza del 95%, una precisión del intervalo del 3% y una prevalencia previa de referencia del 3,1% que corresponde al consumo de ansiolíticos (lista de subgrupos terapéuticos más consumidos por pensionistas)<sup>11</sup>, datos estos de un estudio más amplio («Características del consumo de psicofármacos en una población de ámbito rural») del cual forma parte el presente trabajo.

Se realizó un muestreo probabilístico sistemático, estudiando a uno de cada cinco pacientes consecutivos (constante de muestreo  $k=5$ ), en la consulta de demanda, a partir del momento del inicio del estudio que correspondió a los meses de Julio y Agosto del 2000.

Las variables que se registraron fueron:

Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios (ninguno, primarios, medios, superiores), estado civil, (soltero, casado, viudo, separado).

Tipología familiar: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); F. nuclear (padres y sus hijos); F. nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); F. nuclear sin parientes próximos; F. nuclear numerosa; F. nuclear ampliada (con parientes o con agregados); F. monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); F. reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); Personas sin familia (persona que vive sola); Equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional).

Ciclo vital familiar: Etapa I (Formación: Desde el matrimonio al nacimiento primer hijo). Etapa II A (Extensión: desde que nace el primer hijo hasta que cumple 11 años). Etapa II B (Extensión: desde que el primer hijo tiene 11 años hasta que nace el último hijo). Etapa III (Final de la Extensión: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar). Etapa IV (Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace él último hijo). Etapa V (Final de la contracción: desde que él último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge). Etapa VI (Disolución: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente).

Antecedentes familiares de psicopatología.

Antecedentes familiares de suicidio.

Presencia de trastorno psíquico en cada paciente estudiado: anorexia, bulimia, agorafobia, depresión, distimia, ansiedad generalizada, fobia social, manía, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia.

Los instrumentos de medida para el estudio de la estructura de la familia y del ciclo vital familiar fueron la clasificación de Luis de La Revilla y el modelo de la OMS modificado por de La Revilla<sup>1</sup>.

Para la presencia de trastorno psíquico se utilizó el MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), entrevista estructurada de breve duración que explora los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales del eje I del DSM-IV<sup>12</sup>.

A los pacientes seleccionados mediante el muestreo se les explicaba el estudio que se iba a llevar a cabo y se les invitaba a participar. Tras dar el consentimiento se registraban las variables en la hoja de recogida de datos. Para la variable antecedentes familiares de psicopatología se preguntaba al paciente: ¿alguien en su familia ha padecido o padece de nervios? Si su respuesta era afirmativa se le preguntaba: ¿quién? Igualmente, para la variable antecedentes familiares de suicidio, se preguntaba: ¿tiene Ud. antecedentes familiares de suicidio? ¿Quién?

Las variables cuantitativas se estimaron con sus medias y la desviación estándar y sus intervalos de confianza. Las variables cualitativas se estimaron como porcentajes. La comparación de porcentajes se realizó con la prueba de la  $\chi^2$  con la correspondiente significación estadística. La variable presencia de trastorno psíquico, «MINI», (codificada como SI= 1 y NO= 0) al ser categórica binaria permitió que pudiera relacionarse, mediante regresión logística, con otras variables independientes categóricas y/o cuantitativas (ciclo vital, antecedentes familiares de psicopatología, edad, estudios). Las va-

riables que se han introducido en el modelo de regresión fueron: MINI como variable dependiente; ciclo vital familiar como variable exposición; antecedentes familiares de patología nerviosa, edad y estudios como variables de control. Las variables categóricas con k categorías se introducen en el modelo codificadas en k-1 variables binarias (dummy), en nuestro caso, ciclo vital y estudios. La variable antecedentes familiares de psicopatología se ha codificado con 0-1 por tratarse de una variable binaria.

Para las variables de control no se incluyen en el modelo de regresión ni la significación, ni la exponencial ni el IC.

Como índices de ajuste se incluyen el test de Hosmer y Lemeshow y la R<sup>2</sup> de Nagelkerke. La capacidad predictiva del modelo

se evalúa a través de la sensibilidad y especificidad del modelo junto al área bajo la curva ROC.

Las variables de interacción (modificadoras de efecto) fueron: ciclo vital-antecedentes familiares de psicopatología y ciclo vital-edad.

Las variables se almacenaron en una matriz de datos, se revisaron las anomalías y se trataron con el programa SPSS v. 10.

### Resultados

Los datos sociodemográficos de la muestra junto con la tipología, el ciclo vital familiar así como los antecedentes familiares de psicopatología y de suicidio se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Edad (años)		Media	DE	IC 95%	Hombres	Mujeres		
		55,9	15,6	53,1-58,7	33%	67%		
Estado Civil (%)	Solteros	Casados	Viudos	Separados				
	17	69,5	12	1,5				
Estudios (%)	Ninguno	Primarios	Medios	Superiores				
	59	31,5	8	1,5				
Antecedentes Familiares de Psicopatología (*) (%)		SI		NO				
		48,4		51,6				
Antecedentes Familiares de Suicidio (%)		SI		NO				
		5		95				
Tipología de Estructura Familiar (%)	FE	FR	FM	FNSPP	FNPP	FNA	PSF	EF
	2,0	0,8	12,5	8,1	56,5	11	7,1	2,0
Ciclo Vital Familiar (%)		I	IIA	IIB	III	IV	V	VI
		10,5	2,4	4	21,8	26,6	24,2	10,5

(\*) Las figuras más representativas han sido la madre y hermana (10%).

Tipología estructura familiar.— FE: Familia Extensa. FNSPP: Familia Nuclear sin Parientes Próximos. FNPP: Familia Nuclear con Parientes Próximos. FNA: Familia Nuclear Ampliada. FR: Familia Reconstituida. EF: Equivalentes Familiares. PSF: Personas sin Familia. FM: Familia Monoparental.

Ciclo Vital Familiar.— I: Formación. IIA: Extensión. IIB: Extensión. III: Final Extensión. IV: Contracción. V: Final Contracción. VI: Disolución.

El 58% de la muestra (n= 72) presenta algún trastorno psíquico. De estos, 14 (34%) son hombres y 58 (70%) son mujeres ( $\chi^2= 14,391$ ;  $gl= 1$ ; Sig. Asint (bilat)= 0,000).

En la tabla 2 se presentan los resultados del cuestionario MINI en la muestra total y estratificada por sexo junto con el valor de  $\chi^2$  y la correspondiente significación estadística.

**Tabla 2.** Presencia de malestar psíquico (MINI) en la muestra y según sexo

	Muestra		Hombres		Mujeres		$\chi^2$	P
	N= 124	%	N= 41	%	N= 83	%		
Anorexia	0		0		0			
Bulimia	12	9,7	2	4,9	10	12	1,787	,180
Agorafobia	20	16,1	3	7,3	17	20,5	3,939	,180
Depresión	40	32,3	8	19,5	32	38,6	4,796	,029
Distimia	39	31,5	7	17,1	32	38,6	6,269	,012
Ansiedad Generalizada	20	16,1	2	4,9	18	21,7	6,781	,009
Fobia Social	15	12,1	2	4,9	13	15,7	3,442	,064
Manía	9	7,3	4	9,8	5	6	,544	,461
TOC(*)	11	8,9	3	7,3	8	9,6	,189	,664
Trastorno de angustia	24	19,4	4	9,8	20	24,1	3,971	,046

(\*) Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de analizar con el método de regresión logística, la relación entre la variable MINI o Trastorno Psíquico (presencia, ausencia) con el ciclo vital familiar ajustado por la edad, estudios y antecedentes familiares.

Las variables con más de dos categorías se introducen en el modelo como variables dummy (k-1 variable binarias). Las categorías de las variables ciclo vital y estudios se han codificado respecto al promedio de categorías.

**Tabla 3.** Modelo de regresión logística ajustado por la edad, estudios y antecedentes familiares de psicopatología

MODELO	B	SE(B)	P	e <sup>B</sup>	IC95% e <sup>B</sup>	
Ciclo Vital (1)	-3,131	1,340	0,019	0,043	0,00 a 0,60	<sup>1</sup> $\chi^2= 7,67$ (P= 0,466) <sup>2</sup> R <sup>2</sup> = 0,313 <sup>3</sup> AUC = 0,815 (IC95%: 0,740 a 0,889) Sensibilidad: 72,22% Especificidad: 67,31% Clasificaciones Correctas: 70,16%
Ciclo Vital (2)	-0,328	1,003	0,743	0,720	0,10 a 5,14	
Ciclo Vital (3)	-0,190	0,478	0,690	0,826	0,32 a 2,11	
Ciclo Vital (4)	1,072	0,616	0,082	2,923	0,87 a 9,79	
Ciclo Vital (5)	1,885	0,775	0,015	6,592	1,44 a 30,1	
Ciclo Vital (6)	2,844	0,986	0,003	17,20	2,48 a 118,93	
Edad	-0,064	0,031				
Estudios (1)	-1,996	6,465				
Estudios (2)	-0,974	6,485				
Estudios (3)	4,977	19,366				
Ant. Fam. Psicopatolo (1)	1,598	0,460				
Constante	4,427	6,630				

<sup>1</sup> Test de Hosmer y Lemeshow; <sup>2</sup> R<sup>2</sup> de Nagelkerke; <sup>3</sup> Área bajo la curva ROC.

El resultado de introducir las variables de interacción (ciclo vital-antecedentes familiares de psicopatología y ciclo vital-edad) en el modelo de regresión junto con el resto de variables no fue significativo ( $\chi^2= 10,099$ ;  $gl= 11$ ;  $P= 0,521$ ).

La estimación no paramétrica del área es  $AUC= 0,815$  (IC 95%: 0,74 a 0,89) lo que se puede considerar como una medida global del poder de discriminación del modelo<sup>18</sup>. Cuanto más próximo a 1, el modelo logístico clasifica de forma satisfactoria respecto a la presencia o ausencia de psicopatología en función del ciclo vital, edad, estudios, y antecedentes familiares de psicopatología.

## Discusión

Nos parece interesante resaltar que la edad media de la población estudiada se encuentre por encima de los 55 años, la mayoría de los pacientes no tienen estudios (60%), cerca del 50% tienen antecedentes familiares de enfermedades nerviosas sobre todo la madre y hermanas, los ciclos vitales más frecuentes fueron el III, IV y V y cerca del 60% tienen algún tipo de trastorno psíquico.

Los tipos de familia más representados han sido el nuclear (padres con sus hijos) ya sea con parientes en la misma localidad o sin ellos lo que hemos podido constatar en otras fuentes<sup>6, 7</sup> pero con diferencias respecto a otros tipos de estructura familiar: por ejemplo, las familias extensas, monoparentales o incluso las familias ampliadas. Nos parece interesante resaltar el hecho de que un porcentaje importante de la población está catalogada como persona sin familia (vive sola, es decir, cuando entra en su casa no tiene a nadie a quien hablar o escuchar), al igual que García Lavandera<sup>7</sup>.

Respecto al ciclo vital, De la Revilla et al<sup>10</sup> describen que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en la etapa IV (al igual que nosotros y Varela Ruiz<sup>7</sup>), siguiendo luego las etapas II B y II A. En nuestro caso, le siguen en frecuencia las etapas III (Final de extensión) y V (Final de contracción). La metodología seguida por de la Revilla fue la utilización del genograma para identificar el ciclo vital familiar, instrumento que bien construido identifica perfectamente además de la etapa del ciclo vital otros aspectos del mismo. En el estudio de García Lavandera<sup>6</sup> las etapas más frecuentes fueron la III seguidas de las V y VI.

Nos llama la atención que cerca del 50% de los pacientes refieran antecedentes familiares de psicopatología y sobre todo que sean la madre y la hermana los miembros más afectados. Esto es lógico pues, pensamos, son los miembros que soportan más cargas familiares, sociales y psíquicas. Además, en la mayoría de ocasiones, son los responsables del cuidado de pacientes crónicos<sup>13</sup>, ancianos y/o incapacitados, eso, sin contar con la parte correspondiente a su familia (pareja e hijos). En nuestro estudio, el 70% de la muestra con algún trastorno psíquico son mujeres.

En un estudio de seguimiento con familias de adolescentes que presentaban mayores riesgos (alto y bajo) para los episodios depresivos mayores la figura de la madre fue significativa<sup>14</sup>. Campos Barreiro et al<sup>15</sup> en su estudio sobre morbilidad psíquica en la perimenopausia, donde también analiza otras variables relacionadas con la familia, encuentra un 59% de antecedentes

familiares de alteraciones nerviosas. No hemos podido saber, en este caso, si la madre y la hermana, igualmente eran las más afectadas como en nuestro estudio.

El trastorno psíquico más frecuente observado según el cuestionario MINI ha sido la depresión, distimia, el trastorno por angustia, la ansiedad, la agorafobia y la fobia social. En concordancia con otros autores<sup>16, 17</sup>, las mujeres son las más afectadas por cuadros depresivos y de ansiedad.

Nos planteamos una posible relación entre el tipo de familia y la presencia de patología psíquica, sin embargo, los resultados no fueron significativos ( $P= 0,682$ ;  $\chi^2= 4,820$ ). Aunque no con la tipología familiar, Montalbán Sánchez<sup>16</sup> sí encuentra relación entre el tamaño de la familia (especialmente cuando hay más de 5 miembros) y la presencia de patología nerviosa (ansiedad), concluyendo el autor que son factores de riesgo para la detección de alteraciones en la dinámica de la familia. Esto mismo encuentra J. Biedman<sup>18</sup>, entre tamaño familiar grande como agente causal de trastornos de la conducta y disfunción psicosocial en un grupo de jóvenes. Otros autores<sup>6</sup>, sin embargo, en un estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora, incluyen en este segundo grupo el pertenecer a familias pequeñas (junto con otras variables como presencia de malestar psíquico, padecer enfermedades crónicas y tener disfunción familiar).

Igualmente nos planteamos otra relación entre el ciclo vital exclusivamente y la patología nerviosa, como en un principio sería lógico pensar, pues con la evolución de los ciclos vitales y la disolución de las familias aparecen más alteraciones psíquicas. En este sentido, García Lavandera et al<sup>6</sup>, describe asociación entre el malestar psíquico de la población hiperfrecuentadora y los ciclos vitales en que se encuentra esta misma población (la mayoría en las etapas V y VI, (34,6%). En nuestro trabajo, esta relación, al analizarla en una tabla de contingencia tampoco resultó significativa, ( $\chi^2= 4,191$ ;  $P= 0,651$ ). Sin embargo, cambió, cuando se ajustó el ciclo vital por otras variables (edad, estudios, antecedentes familiares de psicopatología) en el modelo de regresión logística. Las variables que resultaron significativas fueron: ciclo vital<sup>5</sup>, ciclo vital<sup>6</sup>, edad y antecedentes familiares de patología nerviosa.

La principal limitación de nuestro estudio ha sido el no haber incluido otro tipo de variables que analizaran la disfunción familiar, como por ejemplo, el test de Apgar familiar presente en trabajos de otros autores<sup>2, 4, 6, 7, 8, 9, 16</sup>, de cara a relacionarla con los ciclos vitales y otras variables de nuestro estudio con técnicas de regresión. Igualmente no haber incluido la variable que analizara el nivel económico para poder relacionarla con la presencia de malestar psíquico siempre dentro de lo que permite un estudio transversal como el presente. Así como no haber incluido otras variables de ajuste necesarias que pueden influir en la aparición y desarrollo de alteraciones psicológicas.

Otra limitación ha sido que el número de sujetos en algunas variables dummy es pequeño para poder efectuar las estimaciones, lo que conlleva falta de precisión y los IC son grandes).

Como conclusión, diremos que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en las etapas III, IV y V del ciclo vital familiar, que la prevalencia de malestar psíquico en la muestra es elevada y que las variables incluidas en nuestro trabajo más signifi-

tivas han sido el estar en un ciclo vital V o superior, la edad así como el tener antecedentes familiares de patología nerviosa.

### Agradecimientos

A Roser Granero por su inestimable ayuda y colaboración. Igualmente a Juan Nieto y Mariano de Vicente (de la Unidad de Investigación), a Antonio Bravo por su generosa aportación y especialmente a todas las familias que han hecho posible este trabajo. Así, como a los revisores que han intervenido en el proceso de corrección previo a la publicación. A todos muchas gracias.

### Bibliografía

- De la Revilla L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Fundación para el estudio de la atención a la familia. Granada: Ed Adhara; 1999.
- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.
- De la Revilla L, Fleitas L. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4ª Ed. Martín Zurro A, Cano Pérez FJ. 1999; 115-129.
- Soriano Faura FJ, Lázaro Armengol C, Roig Orts A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de pediatría. *Aten Primaria* 1997; 20: 385-386.
- Bomba J, Jaklewicz H. Biological and family factors in the chronicity of childhood depression. Longitudinal study. *Psychiatr Pol* 1995 Mar-Apr; 29:161-73.
- García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baragaño P y Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 484-489.
- Varela Ruiz FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Med de Familia (And)* 2000; 2: 141-144.
- García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla MD, Duarte Romero AJ, Mesa Ramos RG. La depresión en el anciano y el papel de la dinámica familiar. *Aten Primaria* 2000; 25: 62-69.
- Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria* 2000; 26: 453-458.
- De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, de los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21: 219-224.
- Lázaro del Nogal M. Reacciones adversas a medicamentos. En: *Geriatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Ed J. URIACH & CIA. 1997; 45-52.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH. The MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- Puig C, Hernández-Monsalve LM; Gervás JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992; 10: 550-552.
- Tamplin A, Goodyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:170-9.
- Campos Barreiro A, Alonso Safont T, Sánchez Calso, Durbán Peralías FJ, Manget Velasco S. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausa. Concordancia de diagnóstico entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria* 1998; 21: 613-616.
- Montalbán Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Aten Primaria* 1998; 21: 29-34.
- Sebastián Gallego R, Solá Gonfaus M, Barreto Ramón P, Corral Mata ME, Muñoz López J, Boncompte Vilanova MP. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 491-496.
- Bierdman J, Milberger S, Paranoë SV et al. Family environment risks factors for attention deficit hyperactivity disorder. A test of Rutler's indicators of adversity. *Arch Psychiatri* 1995; 52: 464-470.

## ORIGINAL BREVE

# El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas

Castillo Barrera J<sup>1</sup>, Schwartz Calero P<sup>2</sup>, Pardo Álvarez J<sup>2</sup>, Ortega Carpio A<sup>2</sup>, Aguilar Valadez C, Pedregal González M.

<sup>1</sup> Centro de Salud de Gibraleón (Huelva); <sup>2</sup> Centro de Salud de El Torrejón (Huelva).

### EL ACOMPAÑANTE EN LA ENTREVISTA CLÍNICA: FRECUENCIA Y TÉCNICAS UTILIZADAS

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de categorías de acompañantes en Entrevista Clínica, variables relacionadas y técnicas para su manejo.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo.

**Emplazamiento:** Centros de Salud de Gibraleón y El Torrejón. Distrito Sanitario Huelva-Costa.

**Población y muestra:** Muestreo no probabilístico: 729 personas atendidas en consulta durante Febrero/2001 (392 Gibraleón/337 El Torrejón).

**Intervenciones:** Tres observadores externos (residentes de MFyC) recogieron datos sobre: tipo de acompañante (colaborador, pasivo, intrusivo o enfermo), variables relacionadas (parentesco, género, edad, prescripción de fármacos, y demandas), frecuencia de técnicas de entrevista empleadas y su éxito (consecución del objetivo perseguido con cada técnica).

**Resultados:** Un 23,86% de las entrevistas fueron acompañadas (42,85% en Centro rural y 15,4% en urbano). El acompañante más frecuente es colaborador (67,3%), seguido del pasivo (28,8%) e intrusivo (4,7%), la mayoría madres (25,9%), esposas (19,6%), esposos (19,5%) e hijos (13,7%). El 71,3% son mujeres con una edad media de 46,14 años (DE 16,172). En el 67,4% de consultas se prescriben fármacos, y en el 14,4% el acompañante presenta demandas. La técnica más utilizada es la del puente (41,7% de colaboradores), seguida de la involucración (5,8% de pasivos). Todas las consultas finalizaron satisfactoriamente.

**Conclusiones:** El acompañante más frecuente es la mujer colaboradora. Las técnicas más utilizadas son las del puente e involucración. Las entrevistas finalizaron satisfactoriamente. Aunque no era objeto de estudio, observamos que las visitas acompañadas fueron más frecuentes en ámbito rural.

**Palabras clave:** Entrevista clínica, acompañante, técnicas de entrevista clínica.

### COMPANIONS WHO ACCOMPANY PATIENTS DURING THE CLINICAL INTERVIEW: FREQUENCY AND TECHNIQUES USED

**Goal:** To discover the frequency of the types of companions who accompany patients during a clinical interview, related variables, and techniques for handling the interview.

**Design:** Observational-descriptive study.

**Setting:** Torrejón and Gibraleón Health Centres. Huelva.

**Population and Sample:** Non-probabilistic sampling: 729 patients attended by doctors during February 2001 (392 Gibraleón; 337 Torrejón).

**Interventions:** Three external observers (GP residents) gathered information on: the type of companion (collaborative, passive, intrusive, ill); related variables (relationship, gender, age, drug prescriptions and additional visits to the doctor); frequency of clinical interview techniques used and their success (meeting the desired goal with each technique).

**Results:** 23.86% of the clinical interviews took place in the presence of companions (42.85% in the rural centre and 15.4% in the urban one). The most frequent type of companion identified was the *collaborative* (67.3%), followed by the *passive* (28.8%), and the *intrusive* (4.7%). In most cases they were relatives: mothers (25.9%), wives (19.6%), husbands (19.5%) and sons (13.7%). 71.3% were women; average age 46.14 years (SD 16.172). Medicines were prescribed in 67.4% of the visits and 14.4% had additional consultations. The most frequently used clinical interview technique used was "the bridge" (41.7% of the *collaboratives*), followed by «*participative*» (5.8% of the *passives*). All visits ended successfully.

**Conclusions:** Collaborative women were found to be the most frequent type of companion. The most frequently used techniques were the bridge and collaboration. The consultations were completed successfully. Although not a goal of this study, it was learned that accompanied visits were more frequent at the rural centre.

**Key words:** Clinical interview, companion, clinical interview techniques.

Correspondencia: Dra. Julia Castillo Barrera. C/ Virgen de la Cinta, 6. 1.º C. 41011 Sevilla. Teléfono: 954272661. Correo electrónico: julicastillobarrera@yahoo.es

Recibido el 04-07-2002; aceptado para publicación el 18-03-2003.

Medicina de Familia (And) 2003; 2: 136-138

## Introducción

La entrevista clínica es el pilar de la comunicación en nuestro día a día como médicos. La atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo el profesional y el consultante se comuniquen<sup>1</sup>, ya que una comunicación provechosa (así como la familia) resultan componentes principales en la recuperación de la salud<sup>2,3</sup> y por medio de ella conocemos las demandas de los pacientes, les informamos y conocemos aspectos implícitos en la comunicación como su estado de ánimo, forma de expresarse...<sup>4</sup>.

Uno de los puntos clave para la adecuada valoración de los problemas del paciente es delimitar correctamente el motivo de consulta y una de las dificultades que podemos encontrar a la hora de dicha delimitación es la interferencia del familiar o amigo que acompaña al paciente<sup>5</sup>. Se considera a este tipo de situaciones un reto para conseguir un estilo de práctica profesional integrador de los aspectos familiares y sociales y para hacer de cada consulta un acto de alto valor educativo y preservarnos del desgaste.

Hemos realizado este trabajo para determinar la frecuencia de las categorías de acompañantes en la consulta de atención primaria, su relación con determinadas variables (edad, sexo, parentesco con el paciente, presentación o no de una demanda por parte del acompañante y prescripción o no de fármacos), y la frecuencia de técnicas de abordaje de los acompañantes así como si éstas han tenido éxito o no, es decir, si con ellas, hemos conseguido el objetivo perseguido en cada caso (involucrar al acompañante pasivo en la entrevista clínica, ya sea con un fin informativo o terapéutico; evitar la interferencia de un acompañante intrusivo, ganar la confianza de un acompañante enfermo...).

## Sujetos y métodos

El estudio se ha realizado en tres consultas de dos Centros de Salud, uno rural (Gibraleón), y otro urbano (El Torrejón) del Distrito Sanitario Huelva-Costa de la provincia de Huelva. El diseño utilizado es un estudio descriptivo. Durante un mes tres observadores previamente entrenados y externos a la entrevista (residentes de primer año de Medicina de Familia), recogieron los datos de las variables antes mencionadas en relación a 174 acompañantes de un total de 729 visitas (392 en Gibraleón y 337 en El Torrejón). Es decir, se tomó como muestra al total de acompañantes que acudieron con algún paciente a tres consultas de atención primaria durante el mes de febrero de 2001. Al finalizar la consulta el acompañante fue clasificado, de acuerdo con su comportamiento, en una de las categorías definidas por Borrell<sup>5</sup>:

**Colaborador:** Ayuda al médico espontáneamente y con respeto, con información de interés acerca del paciente, y adoptando una posición de corresponsabilidad en el proceso terapéutico.

**Pasivo:** Aquel que de forma voluntaria o involuntaria, no interviene o lo hace escasamente en el desarrollo de la entrevista clínica.

**Intrusivo:** Participa activamente de la entrevista, identificándose con el paciente o con el médico, de manera que contesta por el paciente, da instrucciones al médico o induce respuestas en el paciente.

**Enfermo:** El acompañante es en realidad el verdadero enfermo, y refleja sus ansiedades y demandas en el paciente. En gran número de casos de niños que acuden frecuentemente a la consulta, la persona realmente enferma es la madre<sup>6</sup>.

Por último se analizó la técnica de entrevista clínica utilizada para el manejo de cada acompañante y si éstas tuvieron o no éxito (5):

### Acompañante Colaborador:

- Técnica del puente: favorece que el paciente opine sobre lo que acaba de decir el acompañante.

### Acompañante Pasivo:

- Técnica de Involucración: favorece la participación del acompañante.

### Acompañante Intrusivo:

- Vacijaje de interferencia: interrogatorio prioritario al acompañante para «vaciarlo» de los contenidos ansiógenos que provocan su conducta.
- Técnica del puente.
- Pacto de intervención.
- Creación de nuevo entorno: proseguir la consulta sin el acompañante o aplazarla para otro momento.

### Acompañante enfermo:

- Ganarse la confianza.
- Señalamientos: evidenciar emociones del acompañante de las que no era consciente.

Se consideró éxito cuando se consigue el objetivo perseguido en cada caso (involucrar al acompañante pasivo, ya sea con un fin informativo o terapéutico; evitar la interferencia de un acompañante intrusivo, ganar la confianza de un acompañante enfermo...).

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa EPI-INFO.

## Resultados

De los 729 consultantes, 174 (23,86%) asistieron a las consultas con acompañantes. En la figura 1 se expone la frecuencia con que se ha observado la distinta tipología del acompañante. El acompañante más frecuente es el colaborador (67,3%), seguido del pasivo (28,2%) y el intrusivo (4,7%). El 71,3% de los acompañantes son mujeres. La edad media es de 46,14 años (DE 16,172). La relación de parentesco con el paciente se expone en la figura 2, donde puede apreciarse que son madre, esposa, esposo e hijos, por este orden, los que ejercen de acompañantes con más frecuencia.

En el 67,4% de las consultas se prescriben fármacos, y el 14,4% de los acompañantes presenta alguna demanda al médico que no se ha especificado en el estudio.

La técnica de entrevista clínica más frecuentemente utilizada es la del puente; utilizada con el 41,7% de los acompañantes colaboradores, seguida de la de involucración, en el 5,8% de los casos de acompañantes pasivos. La utilización de otras técnicas es testimonial, y el 100% de las entrevistas finalizaron con éxito.

Aunque no era un objetivo del estudio, observamos que las visitas con acompañante eran más frecuentes en el entorno rural (42,85%) que en el urbano (15,4%) ( $p < 0,0000001$ ).

## Discusión

El acompañante y su relación con el consultante, desde un punto de vista biopsicosocial, es un dato semiológico complementario a tener en cuenta para el diagnóstico familiar así como para el curso de la entrevista clínica<sup>7</sup>.

Llama la atención que son fundamentalmente la madre, seguida de esposo-a e hijos del teórico paciente-consultante quienes asumen el papel de acompañantes. Parece que el apoyo social en el campo de la salud lo ejercen básicamente los componentes de la familia<sup>7</sup>.

En general, cuando los médicos de familia hablamos de los acompañantes, los asociamos a un «estereotipo negativo», pensamos en aquellas personas que se hacen notar en el transcurso de la entrevista restando protagonismo al verdadero enfermo, y a menudo despiertan en nosotros una cierta reacción de precaución o defensa. Sin embargo, en nuestro estudio se cons-

tata lo mismo que en otros<sup>7</sup>: la mayoría de los acompañantes son colaboradores (67,3%), aportan datos de interés y adoptan posiciones de coterapeutas en el domicilio. Menos de un 5% de los acompañantes en nuestro estudio se percibieron como una interferencia negativa en el curso de nuestras entrevistas, y es fundamentalmente en estos casos, cuando se plantea la necesidad de recurrir al uso de las técnicas de entrevista clínica más convenientes para lograr la acomodación en la consulta.

La técnica más frecuentemente utilizada es la del puente, con los acompañantes colaboradores, seguida de la de involucración del acompañante pasivo. No obstante, es lógico pensar que en muchos casos la participación del acompañante no es necesaria: puede ocurrir que una consulta sea banal y la obtención de datos y colaboración del propio paciente sean suficientes para que la entrevista finalice con éxito.

Para terminar, podríamos definir el perfil del acompañante en la entrevista clínica en nuestro medio como una mujer, de unos 46

años de edad y colaboradora, que no suele presentar demandas al médico y con quien la entrevista finaliza exitosamente, en parte gracias a la utilización de técnicas de entrevista clínica como la del puente.

**Bibliografía**

1. Pascual P, Indurain S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario Navarro 2001; 24: 15-22.
2. Petchinis JA. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Madrid: Alhambra; 1982.
3. Orive Riva P. Comunicación Sanitaria. Madrid: Dossat 2000; 1994.
4. Castro Gómez JA, Quesada Jiménez F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Aten Primaria 1996; 18: 399-402.
5. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
6. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1961.
7. De la Revilla L, Montoro R, Prados MA, Marcos B, Bailón E, Castro JA. El acompañante en la entrevista clínica. Aten Primaria 1993; 11: 225-227.

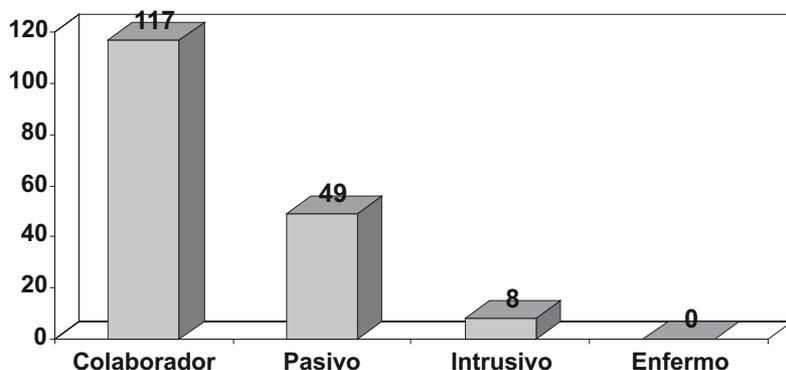


Figura 1. Tipo de acompañante

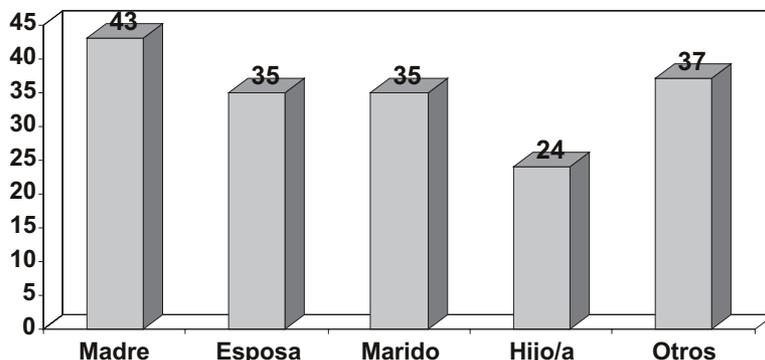


Figura 2. Frecuencia de parentesco

## SIN BIBLIOGRAFÍA

# Casos raros en Atención Primaria: visión de un residente

Mesa Suárez P<sup>1</sup>, Suárez Pinilla F<sup>2</sup>, Sastre Medina MV<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Antonio, Motril. Granada; <sup>2</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de San Antonio, Motril. Granada; <sup>3</sup> Enfermera. Centro de Salud de San Antonio, Motril. Granada.

Hace cuatro meses que empezó mi rotación de residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud. En este corto periodo de tiempo ya conozco los nombres de todos mis compañeros de trabajo. Comienzo a identificar cuándo mi tutor tiene un buen día o uno malo. Se dónde aparcar o dónde desayunar y dónde están las historias antiguas de papel (digo antiguas porque ya estamos informatizados).

Durante estos meses he empezado a conocer también a los pacientes de nuestro cupo. Es un grupo heterogéneo, en el que una población de pensionistas (casi todos jubilados y mayores) se mezcla con gente del campo (agricultores y recolectores), de la construcción (albañiles y fontaneros) o con amas de casa y adolescentes; también tenemos algunos maestros y abogados; tenemos hasta jueces. Si no del primer vistazo, del segundo puedo acordarme de sus dolencias, de sus nombres; incluso en ocasiones suelo recordar la cara de sus cónyuges.

Las enfermedades que padecen (patologías, programas, procesos, o como las queramos llamar) también se van repitiendo. Tenemos programas establecidos para los pacientes hipertensos, los dislipémicos y los diabéticos. En éstos trabajamos en estrecha colaboración con nuestra enfermera. También gestionamos la incapacidad laboral y hacemos el seguimiento del embarazo en la consulta de la mujer. Además nos acercamos a los institutos de enseñanza a hablar con los estudiantes: es la consulta joven. Por último están los que tienen de todo sin tener de nada y menos frecuentemente los que dicen no tener nada y acabamos derivando urgente al hospital [...]

El día transcurre muy deprisa, con la cabeza en mil cosas. La gran mayoría de los problemas que intentamos solucionar son derivados de situaciones comunes. Éstas nos obligan a mantenernos actualizados en cuanto a criterios de diagnóstico y a medidas de manejo y tratamiento. Pero también nos encontramos con problemas poco comunes. Estos nos obligan a coger los libros y estudiar. Son cosas que nos suenan de la carrera. A lo mejor de alguna pregunta en el MIR, pero poco más. Son situaciones raras.

Uno de dichos casos se ha detectado en estos cuatro meses. Es el de José. Un hombre grandote, sano; uno de estos que en sus tiempos tuvo que ser «de película». Viene siempre con Carmen, su «mujercita» (digo mujercita al compararla con el hombrétón). José padece una **Enfermedad Rara**.

Estas enfermedades se caracterizan por su baja incidencia (entre unos 4-10 casos por 10.000 habitantes y año), por su difícil

diagnóstico y seguimiento. Nos obligan a estudiar para poder situarnos frente al paciente con tranquilidad. Las Enfermedades Raras suelen ser intuitas por el médico de familia, diagnosticadas por el especialista hospitalario y devueltas, para el seguimiento y manejo diario, por el médico de familia. Por lo tanto «el Médico de Familia ha de ser especialista en sus Enfermedades Raras».

José, con 66 años de edad actualmente, es el segundo de tres hermanos. Sus padres fallecieron tras sendos ACV (accidentes cerebrovasculares). Su madre padeció de insuficiencia venosa y me cuenta que tuvo incluso una «gangrena de la pierna». Su hermano mayor es hipertenso y el pequeño, al igual que José, es hiperuricémico. Está casado con Carmen y tienen tres hijos que viven sanos. José trabajó de dependiente en una tienda toda su vida. Fuma moderadamente. En Agosto de 1997 consultó por primera vez por un edema que afectaba a toda la pierna derecha. En la anamnesis no se evidenció ningún mecanismo desencadenante. Al principio el edema era blando (dejando fovea) y afectaba al pie y al tobillo de dicha pierna. Desde esa fecha estuvo siendo visto en la consulta porque el edema progresaba. Se había ido volviendo duro y con gran sensación de pesadez. Un poco más adelante, el edema ya era bilateral. Debido a nuestras dudas diagnósticas y a la necesidad de exploraciones complementarias poco habituales se derivó a Medicina Interna y se consultó con Nefrología; de aquí a Cirugía General y, desde este servicio, a Cirugía Vasculor. En todo ese tiempo de estudios presentó varios episodios de erisipela y uno de linfangitis que se controlaron con tratamiento médico. Los resultados de las analíticas, el electrocardiograma, la radiografía de tórax, la eco-doppler de miembros inferiores, la TAC abdomenopélvica y la ecocardiografía no mostraron alteraciones significativas. En Noviembre de 2001 es diagnosticado por el servicio de Cirugía de **Linfedema Primario**.

El caso de José pudiera utilizarse como el *estándar* de los casos raros que vemos en la consulta. Puedo recordar rápidamente otros casos interesantes por su rareza: el de Ignacio, con una miocardiopatía dilatada que presentó episodios de ascitis; el de Mónica, que al igual que su hermana Rosario y su madre presentan un síndrome de Treacher-Collins; el de Francisco, con una pérdida de peso con síndrome constitucional asociado que resultó ser un hipertiroidismo y que a pesar de su tratamiento con antihipertiroides no mejoró; el de Eduardo, con una tos seca que ocultaba un derrame pulmonar paraneoplásico, etc.

Muchas son las patologías raras que vi durante los dos primeros años de residencia en el hospital. Allí su manejo parecía más sencillo. De entrada las separaban por plantas, luego por especialidades, e incluso por especialistas. Los resultados de las pruebas diagnósticas que nos orientarían en el caso estaban disponibles de un día para otro. Las interconsultas se podían hacer de inmediato. Todas estas enfermedades pasan por el hospital en algún momento de su evolución. Debido a este fenómeno, la prevalencia de ellas en el hospital es más alta, por lo que la sospecha clínica y el manejo es más fácil.

Ahora las sigo diariamente en la consulta de atención primaria. A la rareza de algunas de ellas se les suma la dificultad de su diagnóstico porque en ocasiones asientan en pacientes hiperdemandantes, polimedicados, en situaciones laborales «conflictivas», etc. Es por ello que además de las múltiples labores que ejercemos en la consulta tenemos que desarrollar una actividad de «detective» para que ninguna de ellas se nos escape sin haber levantado en nosotros algún tipo de duda. Otro aspecto interesante de nuestra Especialidad. ¡Ya he perdido la cuenta!

## CARTAS AL DIRECTOR

### Un relato y una reflexión: procesos y mapa de competencias

Sr. Director:

Está en marcha un proyecto dinámico que puede dar en parte respuesta a la necesidad sentida por todos (usuarios, profesionales, administración) de «cambio», a pesar de que sea una constante en la conducta humana mostrar cierta resistencia a aquello que no conocemos, ignoramos o nos crea inquietud. Así la Consejería de Salud lo impulsa con su Plan Andaluz de Salud e instrumentaliza a través de su Plan de Calidad y en donde se atisba una política de Gestión de Recursos Humanos.

Sobre la continuidad del proceso asistencial habíamos oído hablar previamente en diversos foros (coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria), así como disminuir la variabilidad en criterios de actuación (protocolizar), aplicar el mejor hallazgo de la forma más adecuada (MBE, racionalización del gasto farmacéutico), medir el «producto» o dicho de otra manera evaluar y analizar nuestros resultados con o sin sistemas de información integrado, centrar nuestra actividad en las necesidades y expectativas del usuario. Todo esto, que venía por diferentes frentes e intensidad de onda, aparece sistematizado en los Procesos.

Quizás estamos ante un reflexión estratégica acertada, pues nos movemos en un marco de cambio organizativo (horizontalización), centrado en el paciente y sus expectativas (fin de cualquier empresa de servicios), sin carácter de pilotaje y sin cambio inicial en la estructura del sistema (que duda cabe que esto último podría haber supuesto una inversión económica demasiado grande e incluso inalcanzable y sin asegurar resultados).

La Consejería impulsa y favorece que se reúnan los propios trabajadores de la salud y sean ellos mismos los que establezcan los criterios de calidad específicos tomando como base las mejores evidencias del momento y centrando todas las actuaciones en el usuario. De esta forma nos reunimos profesionales tanto de Atención Especializada como de Atención Primaria, convencidos (y hablo de mi grupo de trabajo) de que estábamos ante algo que se podía percibir como bueno para todos.

No ha sido fácil, conforme íbamos esbozando el proceso, y partiendo de conocer las expectativas de los usuarios y profesionales, nos preocupaba dejar sin respuesta: ¿es un criterio de calidad hacer esto..., o si no se hace provocaríamos o aumentaríamos el daño?

Por otro lado, nos surgía una y otra vez el mismo problema ¿entendemos éste «lenguaje» nosotros (límites de entrada, salida, marginales, flujos de salida...)?

Gracias a nuestra coordinadora que fue la encargada de «traducir» los acuerdos (que fueron muchos) y desacuerdos (que fueron la excepción) del grupo, fue tomando «cuerpo» el proce-

so de diabetes y así pudimos sacar a la luz el producto al cual nos comprometimos.

En éste momento nos volvió a surgir otra pregunta ¿qué va a pasar a partir de ahora? Es obvio que la respuesta no la teníamos. Hoy si podríamos decir, que se ha iniciado su puesta en marcha, con más o menos celeridad, según la diferente complejidad de los distintos centros, distritos, áreas..., así estamos viendo que se ha priorizado en cada sitio una serie de procesos, analizando el valor de la arquitectura del proceso y adaptándolo a las características de cada zona.

Por otro lado, conforme nosotros íbamos desarrollando el proceso, paralelamente otro grupo trabajaba en el mapa de competencias, que hoy por hoy (exceptuando las empresas públicas del sector) no deja de estar en un marco teórico, pero que nos habla de que cada vez se abre más la puerta a una política de gestión de recursos humanos.

Hablar de mapa de competencias, y como se ha referido en otras ocasiones, es hablar del desarrollo de la empresa a través del desarrollo de sus profesionales y a la inversa (y así lo vemos en empresas de otros sectores por ejemplo Caja Madrid). No podría ni debería ser de otra manera, ya que la sanidad es una empresa de servicios y éstos son prestados por sus trabajadores (dentro de este contexto se podría pensar que la «grandeza» de una empresa viene dada por la «grandeza» de sus trabajadores).

Así vemos que se conceptúa la *competencia* ligada al *puesto* y éste no se define como *tareas*, sino como *funciones*, simplificando, para yo tener que prestar mi servicio al usuario, tengo que desarrollar unas funciones: conocimientos, habilidades y actitudes, *ante el usuario* (credibilidad profesional, orientación a sus expectativas, relación horizontalizada o lo que es lo mismo el usuario como parte activa en la toma de decisiones) y *ante el mejor desempeño del puesto* (actitud de aprendizaje y mejora continua, capacidad de asumir compromiso y responsabilidades, orientación a la calidad, orientación a los resultados, generador de valor añadido a la empresa...).

Esto es un gran reto para todos y de llegar a conseguirse podría ser el segundo gran acierto, por un lado la Administración orientando la organización al usuario y dentro de un marco de desarrollo de los profesionales (objetivando y reconociendo las aportaciones de cada uno, en un entorno de transparencia y diálogo y de facilitación de sus competencias) y por otro lado los profesionales (integrándose en el proyecto de empresa, con una cultura de resultados y responsables de su propia formación).

El camino no es fácil ni corto, andemos pues sin prisa pero sin pausa.

Carlos Ortega Millán  
Medico de Familia

Miembro del Equipo de Trabajo Proceso Diabetes  
Coordinador de la Unidad de Formación  
y Docencia del Área Sanitaria Norte de Córdoba

## Prescripción por principio activo

Sr. Director:

En relación con la prescripción por principios activos, uno de los objetivos que marca el Servicio Andaluz de Salud desde hace unos años, me permito hacer algunas reflexiones.

Se viene presentado como un logro de gestión y causa de ahorro en el gasto farmacéutico (algo más 11 millones de euros en los aproximadamente 2 años de vida del programa, si bien la gran mayoría en el último año). También se dice que esta forma de prescripción favorece la mejor utilización de los medicamentos ya que disminuye la presión promocional de la industria farmacéutica.

Pero este sistema tiene también algunos efectos colaterales negativos, que creo que merecen un análisis algo más detenido y así, nos podríamos preguntar:

1. ¿Es posible que un paciente se pueda confundir en esta variedad de nombres (marcas comerciales, productos genéricos, principios activos)? Las posibilidades de confusión son mayores a mayor número de productos, personas con varias patologías, en especial crónicas y en personas de más edad.
2. ¿Es posible que algún paciente confundido, nos requiera y nos pida consulta para aclarar sus dudas? ¿Cuánto tiempo invertimos en explicar los cambios en la prescripción a cada paciente? ¿Y en aclarar las dudas que se susciten?
3. ¿Se puede complicar los sistemas de renovación de recetas? ¿Qué pasa cuando el paciente solicita un medicamento que figura en su ficha como principio activo con el «cartoncito» del nombre comercial?
4. Cuando da las instrucciones al paciente sobre como debe tomar un determinado producto, ¿qué nombre utiliza?, ¿el del principio activo?, ¿el comercial?, ¿ambos?, ¿Como conocer con que nombre se lo van a facilitar en la oficina de farmacia?
5. ¿Es posible que en un momento dado, un paciente se pueda encontrar con dos o más envases de un mismo principio, con distinto nombre, distintos embalajes y aspectos?
6. ¿Es probable que alguno de ellos pueda terminar en la basura o en un cajón esperando caducar?
7. ¿Es posible que algún paciente pueda presentar efectos secundarios por la toma inadecuada, por exceso o por defecto de alguno de los fármacos que consume en directa relación con algunos de los interrogantes anteriores? ¿Podrían repercutir de forma importante en su salud? ¿Es posible que pudieran requerir actuaciones importantes, hospitalizaciones? ¿Podrían llegar a ser fatales?

La mayoría de estos interrogantes pueden tener una respuesta afirmativa... Es posible y además bastante probable que puedan ocurrir. De hecho muchos de ellos ocurren casi a diario.

La siguiente cuestión es saber si hay interés en cuantificar, en darle precio a todos esos efectos colaterales. Sabemos cuanto ahorramos (11 millones de € en el 2002). Pero **¿Cuánto nos cuesta ese ahorro?**

Por último, podríamos valorar brevemente quién gana con todo esto:

- **El gestor político del SAS.** Parece que si, al menos sale en la prensa defendiendo la bondad de la idea.
- **El Ministerio de Sanidad.** La Sra. Ministra públicamente ha manifestado que no respalda el fomento de recetas por principio activo.
- **El Sistema de Salud Publico Andaluz.** En principio sí, ahorra. Pero si se cuantifica los daños colaterales y se resta, evidentemente la cifra sería algo menor e incluso el resultado de la cuenta podría dar números rojos.
- **El paciente.** En el mejor de los casos quedaría igual. Pero lo normal es que si pueden aumentar los riesgos para su salud por el uso inadecuado de fármacos como consecuencia de la prescripción por principio activo, tampoco saldría muy beneficiado.
- **Las farmacias.** El consejo andaluz de colegios farmacéuticos firmó el acuerdo con el Servicio Andaluz de Salud y hasta ahora no han protestado a pesar de que la factura ha disminuido.
- **La industria farmacéutica.** Farmaindustria ha anunciado la presentación de un contencioso ante el Tribunal Superior de Justicia.
- **Los profesionales sanitarios.** Creo que nos complica nuestro trabajo diario. Pero que cada uno responda

En definitiva, en mi opinión, fomentar la prescripción por principio activo, *con el formato actual*, es un error que puede tener consecuencias peligrosas para los pacientes a cambio de un ahorro, menor del que se dice, si se ajustaran todos los parámetros debidamente.

Es obvio que el médico debe prescribir siempre con ponderación y racionalidad. La ética de la indicación terapéutica obliga a poner en primer lugar los intereses del enfermo. Pero impone también el deber de evitar el despilfarro a la hora de la «receta». Se deberían seguir los criterios de la más estricta economía compatibles con la eficacia del tratamiento.

Lisardo Baena Camus  
Médico de Familia  
Centro Salud la Chana (Granada)

# PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de octubre a 31 de diciembre de 2002)

Barbero Salado NB, Fernández Fernández I, Gálvez Alcaraz L, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Rodríguez Pappalardo V, Rosado Bello I.

*Médicos de Familia.*

Los artículos, publicados entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre 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.

Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The «number needed to offend». *BMJ* 2002; 325: 1449-1450. [C,II]

Avery AJ, Sheikh A, Hurwitz B, Smeaton L, Chen YF, Howard R et al. Safer medicines management in primary care. *Br J Gen Pract* 2002; 52 Suppl: S17-22. [AO,I]

Van Duijn H, Kuyvenhoven M, Welschen I, Ouden HD, Slootweg A, Verheij T. Patients' and doctors' views on respiratory tract symptoms. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 201-202. [T,I]

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

Konzem SL, Devore VS, Bauer DW. Controlling hypertension in patients with diabetes. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1209-1214. [AO,II]

Alonso M, Franco A, López P, García J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 541-548. [S,I]

Castellanos ME, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Muñoz MI, Carreras R. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria* 2002; 30: 556-560. [QE,I]

Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take anti-hypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 2002; 325: 873-876. [C,II]

Davis RC, Hobbs FDR, Kenkre JE, Roalfe AK, Hare R, Lancashire RJ et al. Prevalence of left ventricular systolic dysfunction and heart failure in high risk patients: community based epidemiological study. *BMJ* 2002; 325: 1156-1158. [T,II]

Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Willett W, Stampfer MJ, Hu FB. Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *JAMA*. 2002; 288: 1994-2000. [S,I]

Waters D, Alderman EL, Barbara JH, Howard V, Cobb FR, Rogers WJ et al. Effects of hormone replacement therapy and antioxidant vitamin supplements on coronary atherosclerosis in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2432-2440. [EC,II]

Lakka H, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709-2716. [S,II]

The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981-2997. [EC,II]

He K, Rimm EB, Merchant A, Rosner BA, Stampfer MJ, Willett WC et al. Fish consumption and risk of stroke in men. *JAMA* 2002; 288: 3130-3136. [S,I]

Teo K, Yusuf S, Pfeffer M, Kober L, Hall A, Pogue J et al. Effects of long-term treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors in the presence or absence of aspirin: a systematic review. *Lancet* 2002; 360: 1037-43. [M,I]

Cleland GF, Cohen-Solal A, Cosin Aguilar J, Dietz R, Eastaugh J, Follath F et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet* 2002; 360: 1631-39. [T,I]

Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective study. *Lancet* 2002; 360: 1903-13. [M,III]

Villar J, Stiefel P, Miranda ML. Otros parámetros de utilidad en el tratamiento del paciente con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 423-428. [R,I]

Solá E, Morillas C, Garzón S, Royo R, Núñez A, Bautista D et al. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con obesidad mórbida: influencia de la pérdida de peso. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 485-488. [QE,I]

Guanche H, Beatriz M, Martínez C, Gutiérrez F, Cañizares N, Vandama O. Efecto de la reducción de peso en los valores de lípidos y lipoproteína (a). *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 730-731. [QE,I]

Zhu S, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med* 2002; 347: 1087-1093. [EC,I]

Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD, Knetzger KJ, Wharton MB, McCartney JS et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *N Engl J Med* 2002; 347: 1483-1492. [EC,I]

Ridker PM, Rifai N, Rose L, Buring JE, Cook NR. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. *N Engl J Med* 2002; 347: 1557-1565. [S,II]

Ayanian JZ, Landrum MB, Guadagnoli E, Gaccione P. Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 347: 1678-1686. [S,I]

#### DIABETES

Konzem SL, Devore VS, Bauer DW. Controlling hypertension in patients with diabetes. *Am Fam Physician* 2002;66:1209-1214. [AO,II]

Fryberg R. Diabetic foot ulcers: pathogenesis and management. *Am Fam Physician* 2002;66:1655-1662. [AO,II]

White JR Jr. Economic considerations in treating patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Health Syst Pharm* 2002; 59: S14-S17. [AO,I]

Killilea T. Long-term consequences of type 2 diabetes mellitus: economic impact on society and managed care. *Am J Manag Care* 2002; 8: S441-S449. [R,I]

Kaur J, Singh P, Sowers JR. Diabetes and cardiovascular diseases. *Am J Ther* 2002; 9: 510-515. [R,II]

DAFNE Study Group. Training in flexible, intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 746-748. [EC,I]

Wulffele MG, Kooy A, Lebert P, Bets D, Ogterop JC, Borger van der Burg B et al. Combination of insulin and metformin in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2133-2140. [CC, III]

Johnson JA, Majumdar SR, Simpson SH, Toth EL. Decreased mortality associated with the use of metformin compared with sulfonylurea monotherapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2244-2248. [S, III]

Perera AD, Kapitza C, Nosek L, Fishman RS, Shapiro DA, Heise T et al. Absorption and metabolic effect of inhaled insulin: inpatient variability after inhalation via the aerodose insulin inhaler in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 2276-2281. [EC, I]

Leese GP, Ellis JD, Morris AD, Ellingford A. Does direct ophthalmoscopy improve retinal screening for diabetic eye disease by retinal photography? *Diabet Med* 2002; 19: 867-869. [T,I]

Stewart KJ. Exercise training and the cardiovascular consequences of type 2 diabetes and hypertension. *JAMA* 2002; 288: 1622-1631. [R, I]

Costa B. Prevención de la diabetes tipo 2: ¿educación o también medicación? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 613-615. [AO,I]

Harding G, Zhanell GG Nicolle LE, Cheang M, M.Math.(Stat.), for the Manitoba Diabetes Urinary Tract Infection Study Group. Antimicrobial treatment in diabetic women with asymptomatic bacteriuria. *N Engl J Med* 2002; 347:1576-1583. [EC,II]

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

Chen WY, Colditz GA, Rosner B, Hankinson SE, Hunter DJ, Manson JE et al. Use of postmenopausal hormones, alcohol and risk for invasive breast cancer. *Ann Intern Med* 2002; 137: 798-804. [S, II]

Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Ann Intern Med* 2002; 137: 889-903. [R,II]

Lu-Yao G, Albertsen PC, Stanford JL, Stukel TA, Walker-Corkery ES, Barry MJ. Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut. *BMJ* 2002; 325: 740-742. [S,I]

Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1066-1069. [M,II]

Band PR, Le ND, Fang R, Deschamps M. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. *Lancet* 2002; 360: 1044-49. [CC,I]

Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 2002; 360: 1131-35. [S,I]

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

Okoyeni KS, Tsue TT. Radiologic imaging in the management of sinusitis. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1882-1886. [AO,II]

Candy B, Chalder T, Cleare AJ, Wessely S, White PD, Hotopf M. Recovery from infectious mononucleosis: a case for more than symptomatic therapy? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 844-851. [M,I]

Peloquin CH. Therapeutic drugs monitoring in the treatment of tuberculosis. *Drugs* 2002; 62: 2169-2183. [R, I]

Hak E, Hoes AW, Verheij TJ. Influenza vaccinations. Who needs them and when. *Drugs* 2002; 62: 2413-2420. [R, I]

Opstelten W, Mauritz JW, de Wit NJ, Van Wijck AJM, Stalman WAB, Van Essen GA. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: incidence and risk indicators using a general practice research database. *Fam Pract* 2002; 19: 471-475. [T, I]

Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölstad S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract* 2002; 19: 638-640. [T, II]

Ruiz A, Falguera M, Sacristán O, Vallverdú M, Cabré X, Pérez J et al. Neumonía adquirida en la comunidad: utilidad de la presentación clínica para la elección del tratamiento antibiótico. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 641-643. [CC,I]

Regueira C, Caamaño F, Takkouche B. Factores de riesgo del catarro común. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 671-676. [R,I]

Harding G, Zhanell GG Nicolle LE, Cheang M, M.Math. (Stat.), for the Manitoba Diabetes Urinary Tract Infection Study Group. Antimicrobial treatment in diabetic women with asymptomatic bacteriuria. *N Engl J Med* 2002; 347: 1576-1583. [EC,II]

**ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:**

- Naberan K. Diferencias entre el asma y la enfermedad obstructiva crónica. *Aten Primaria* 2002; 30: 648-654. [R,II]
- Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ* 2002; 325: 938-940. [EC,I]
- Lipworth B, Jackson C. Second line controller therapy for persistent asthma uncontrolled on inhaled corticosteroids. *Drugs* 2002; 62: 2315-2332. [R, II]

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

- Zamorski M, Albuchoer RC. What to do when SSRIs fail: eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1477-1484. [AO,II]
- Zandstra SM, Furer JW, Van de Lisdonk EH, Bor JH, Zitman FG, Van Weel C. Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 805-808. [T,II]
- Rost K, Nutting P, Smith JL, Elliott CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002; 325: 934-937. [EC,I]
- Furukawa TA, McGuire H, Barbui C. Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 991-994. [M,II]
- Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002; 325: 1082-1085. [M,II]
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; 325: 1195-1198. [S,II]
- Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; 325: 1212-1213. [S,II]
- Ball, K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M et al. Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288: 2271-2281. [EC,I]

**ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:**

- Konzem SL, Devore VS, Bauer DW. Controlling hypertension in patients with diabetes. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1209-1214. [AO,II]
- Morrell MJ. Epilepsy in women. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1489-1494. [R,I]
- Aukerman G, Knutson D, Miser W. Management of the acute migraine headache. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2123-2130. [AO,II]
- Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925-928. [M,I]
- Evengard B, Klimas N. Chronic fatigue syndrome : probable pathogenesis and possible treatments. *Drugs* 2002; 62: 2433-2446. [R, I]
- Cuéllar AJ, Ruiz V, Campos JC, Pérez S, Brotons F. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 521-526. [T,II]
- Rodríguez L. Impotencia e hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 534-536. [AO,I]
- Angüita M. Nuevos fármacos para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 732-733. [AO,II]

**MEDIOS DIAGNÓSTICOS:**

- Okoyeni KS, Tsue TT. Radiology imaging in the management of sinusitis. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1882-1886. [AO,I]

Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137: 586-597. [R,I]

Gisbert JP, Vázquez MA, Cantero J, Pajares JM. Estudio de la validez de la serología «rápida» para el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*. *Aten Primaria* 2002; 30: 501-506. [QE,II]

**INFANCIA Y ADOLESCENCIA:**

McNeill YL, Gillies ML, Wood SF. Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice? *Fam Pract* 2002; 19: 461-465. [CC, II]

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

- Bhatia SC, Bhatia SK. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1239-1248; 1253-1254. [AO,II]
- Morrell MJ. Epilepsy in women. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1489-1494. [R,I]
- Chen WY, Colditz GA, Rosner B, Hankinson SE, Hunter DJ, Manson JE et al. Use of postmenopausal hormones, alcohol and risk for invasive breast cancer. *Ann Intern Med* 2002; 137: 798-804. [S,II]
- Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 137: 805-813. [M,II]
- Landa J, López P, Hernández J, Núñez S. Menopausia. *Aten Primaria* 2002; 30: 458-462. [M,I]
- Castellanos ME, Nebot M, Rovira MT, Paya A, Muñoz MI, Carreras R. Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Aten Primaria* 2002; 30: 556-560. [QE,II]
- Wieringa-de Waard M, Bonsel GJ, Ankum WM, Vos J, Bindels PJ. Threatened miscarriage in general practice: diagnostic value of history taking and physical examination. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 825-829. [S,II]
- Moore L, Campbell R, Whelan A, Mills N, Lupton P, Misselbrook E et al. Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 1383-1386. [EC,I]
- Free C, Lee RM, Ogden J. Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *BMJ* 2002; 325: 1393-1395. [C,II]
- Waters D, Alderman EL, Barbara JH, Howard V, Cobb FR, Rogers WJ et al. Effects of hormone replacement therapy and antioxidant vitamin supplements on coronary atherosclerosis in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2432-2440. [EC,II]
- George L, Mills JL, Johansson AL, Nordmark A, Olander B, Granath F et al. Plasma folate levels and risk of spontaneous abortion. *JAMA* 2002; 288: 1867-1873. [CC,II]
- Andersen AM, Vastrup P, Wohlfahrt J, Kragh Andersen P, Olsen J, Melbye M. Fever in pregnancy and risk of fetal death: a cohort study. *Lancet* 2002; 360: 1552-1556. [S,II]
- Balash J. Terapéutica hormonal sustitutiva como prevención en la posmenopausia: ¿fin de la controversia? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 416-417. [AO,II]

**ANCIANOS:**

- Ball, K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M et al. Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2271-2281. [EC,I]

**URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

- Goyle K, Walling A. Diagnosing pericarditis. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1695-1702. [AO,II]

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

- Zamorski M, Albucho RC. What to do when SSRIs fail: eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1477-1484. [AO,II]
- Salpeter SR, Ormiston TM, Salpeter EE. Cardioselective  $\beta$ -blockers in patients with reactive airway disease: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2002; 137: 715-725. [M,II]
- Eisenberg DM, Cohen MH, Hrbek A, Grayzel J, Van Rompay MI, Cooper RA. Credentialing complementary and alternative medical providers. *Ann Intern Med* 2002; 137: 965-973. [AO,I]
- Benítez MA, Asensio A. Cuidados Paliativos. La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria* 2002; 30: 463-466. [R,I]
- Puche N, Alonso R, Gordillo FJ, Díaz S. Anticoagulación. *Aten Primaria* 2002; 30: 521-526. [M,I]
- Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Benítez MA. Cuidados paliativos: Atención a la familia. *Aten Primaria* 2002; 30: 576-580. [R,II]
- Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 752-755. [EC,II]
- Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take anti-hypertensive drugs: qualitative study. *BMJ* 2002; 325: 873-876. [C,II]
- Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness— which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925-928. [M,I]
- Peloquin, Ch. Therapeutic drugs monitoring in the treatment of tuberculosis. *Drugs* 2002; 62: 2169-2183. [R, I]
- Angüita M. Nuevos fármacos para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 732-733. [AO,II]
- Silwer L, Johansson E, Lundborg S. Drug prescribing in public primary care centres: Results from prescription studies 1988-1997 in the county of Halland, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 236-241. [S,I]

**ENTREVISTA CLÍNICA:**

- Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The «number needed to offend». *BMJ* 2002; 325: 1449-1450. [C,II]
- Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 2002; 34: 750-754. [T,II]
- Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölsted S. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Fam Pract* 2002; 19: 638-640. [T, II].
- Van Duijn H, Kuyvenhoven M, Welschen I, Ouden HD, Slootweg A, Verheij T. Patients' and doctors' views on respiratory tract symptoms. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 201-202. [T,I]

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

- McGinn T, Seltz M, Korenstein D. A method for real-time, evidence-based general medical attending rounds. *Acad Med* 2002; 77: 1150-1152. [QE,I]
- Cohen R, Amiel GE, Tann M, Shechter A, Weingarten M, Reis S. Performance assessment of community-based physicians: evaluating

the reliability and validity of a tool for determining CME needs. *Acad Med* 2002; 77: 1247-1254. [T,I]

- Fritsche L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer H-H, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ* 2002; 325: 1338-1341 [QE,III]
- NAPCRG Committee on Building Research Capacity and the Academic Family Medicine Organizations Research Subcommittee. What does it mean to build research capacity? *Fam Med* 2002; 34: 678-84. [AO,II]
- Wendling A, Hoekstra L. Interactive peer review: An innovative resident evaluation tool. *Fam Med* 2002; 34: 738-743. [T,II]
- Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 2002; 34: 750-754. [T,II]
- Nielsen JE, Lous J, Adeler HF, Olesgaard P, Maagaard RR, Olesen F. General practitioners' continuing medical education: A prospective study from the County of Aarhus. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 198-200. [S,I]

**INVESTIGACION.** Incluye: investigación cualitativa, estadística.

- NAPCRG Committee on Building Research Capacity and the Academic Family Medicine Organizations Research Subcommittee. What does it mean to build research capacity? *Fam Med* 2002; 34: 678-84. [AO,II]

**MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.**

- Fritsche L, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer H-H, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *BMJ* 2002; 325: 1338-1341. [QE,III]
- Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice Writing Group. EBM: unmasking the ugly truth. *BMJ* 2002; 325: 1496-1498. [AO,II]

**PREVENCIÓN.**

- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: Recommendation and Rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137: 915-916. [R,III]
- Hak E, Hoes AW, Verheij TJ. Influenza vaccinations. Who needs them and when. *Drugs* 2002; 62: 2413-2420. [R, I]

**BIOÉTICA:**

- Hurwitz B. Erring and learning in clinical practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52 Suppl: S26-30. [AO,I]
- Avery AJ, Sheikh A, Hurwitz B, Smeaton L, Chen YF, Howard R et al. Safer medicines management in primary care. *Br J Gen Pract* 2002; 52 Suppl: S17-22. [AO,I]

**OTRAS.**

- Viera A, Hoags C, Sahughnessy J. Management of irritable bowel syndrome. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1867-1874; 1880. [AO,I]
- Aukerman G, Knutson D, Miser W. Management of the acute migraine headache. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2123-2130. [AO,II]
- Nelsen DA. Gluten-sensitive enteropathy (celiac disease): more common than you think. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2259-2266; 2269-2270. [AO,I]

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 11

### Pérdida de visión monocular con leucocoria

Torres Maese, M<sup>1</sup>; Rubio Prats, M<sup>2</sup>; Issa Khozouz, Z<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Médicos de familia. Servicio de Urgencias Hospital de Poniente de Almería; <sup>2</sup> Especialista en oftalmología. Hospital de Poniente de Almería.

Varón de 2 años de edad sin AP de interés, procedente de Ecuador, traído por sus padres por pérdida de visión por el ojo izquierdo, objetivada el día anterior por la cuidadora de la guardería.

Los padres relatan que hace un mes el niño presentó clínica de enrojecimiento ocular con dolor, fotofobia, blefaroespasma leve y ligera secreción, que mejoró con la instilación de un colirio ocular prescrito por su pediatra. Desde entonces ha tenido franca mejoría aunque en los últimos 15 días, el niño en ocasiones se restriega el ojo y le molesta la luz sin observarse otros signos patológicos. Hace una semana tuvo un catarro de la vía alta con fiebre por lo que fue llevado a urgencias, aprovechando la ocasión también comentaron el problema ocular, el médico de urgencias en esta ocasión no observó nada significativo, le instiló fluoresceína no detectando ningún defecto corneal. Ayer, la cuidadora de la guardería le notó al niño falta de visión en el ojo izquierdo, no quedándose tranquila le puso un parche en el ojo derecho (le dijo astutamente al niño que iban a jugar a los piratas) y comprobó que no reconocía los juguetes con el ojo sano tapado, cosa que manifestó a los padres cuando fueron a recoger al niño por la tarde.

**Exploración Física:** Excelente estado general, constantes normales, No signos meníngeos, Pares conservados (PINLA, MOEC), ACP: Normal, Abdomen anodino. ORL: Sin hallazgos significativos.

**Exploración ocular:**

Ojo derecho:

– Sin hallazgos patológicos

Ojo izquierdo:

– Pupila de morfología y tamaño normal *pero presenta color blanquecino*

– Reflejo de fondo negativo: Al colocar el oftalmoscopio a 30 cms se confirma ausencia del reflejo rojo pupilar

– Polo anterior: No hiperemia ocular, tinción con fluoresceína de un punto central en cornea donde se observa leucoma puntiforme. Test de Seidel negativo.

– Tras la dilatación pupilar se observa una leve irregularidad en el contorno pupilar.

– Fondo de ojo: Inexplorable, observamos una estructura blanquecina que nos impide por completo la visión de la retina.



Con los datos aportados, ¿Qué opción le parece más correcta?

1. Catarata congénita
2. Catarata secundaria a traumatismo ocular previo
3. Retinoblastoma
4. Vitreo primario hiperplásico persistente.
5. Retinopatía de la prematuridad.

(Respuestas razonadas en el próximo número)

Remitir las respuestas al correo electrónico: [revista@samfyc.es](mailto: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. 4, núm. 1)

(Medicina de Familia (And) 2003; 4: 84)

- Respuestas correctas:** a) 2.–Pericarditis.  
b) 4.–Diagnóstico basado en estudio de ecocardiograma, estudio analítico y estudio de ECG.

El dolor torácico es un síntoma importante aunque no constante en las diversas formas de pericarditis, presente en muchas de las formas de tipo infecciosos agudo y en muchas de las formas auto inmune. Suele ser intenso, característicamente retroesternal y precordial izquierdo y se extiende a espalda y borde del trapecio, de tipo pleurítico que se agrava durante la inspiración y la tos y con los cambios de postura corporal, aunque a veces es constrictivo y se irradia a ambos miembros superiores. La diferencia entre el *dolor coronario* y el de la pericarditis es más difícil cuando este último aumentan las transaminasas y la CK (como en este caso) por afectación epicárdica. Sin embargo las elevaciones cuando ocurren son moderadas en relación con la marcada elevación del ST de las pericarditis. En el ECG de las pericarditis existe una elevación del ST en 2 ó 3 derivaciones estándar y de V1 a V6, generalmente sin cambios en el QRS excepto una reducción del voltaje en los mismos. Al cabo de varios días el segmento ST vuelve a la normalidad y solo entonces las ondas T se invierten (Fig. 2)

Los ECG repetidos son útiles para diferenciar entre Pericarditis e IAM.

La *repolarización precoz* es una variante normal y también puede producir extensas elevaciones del segmento ST llamativas en precordiales. En estos casos las ondas T suelen ser altas y la relación ST / T es inferior a 0,25 mm mientras que es superior a esta cifra en las pericarditis agudas.

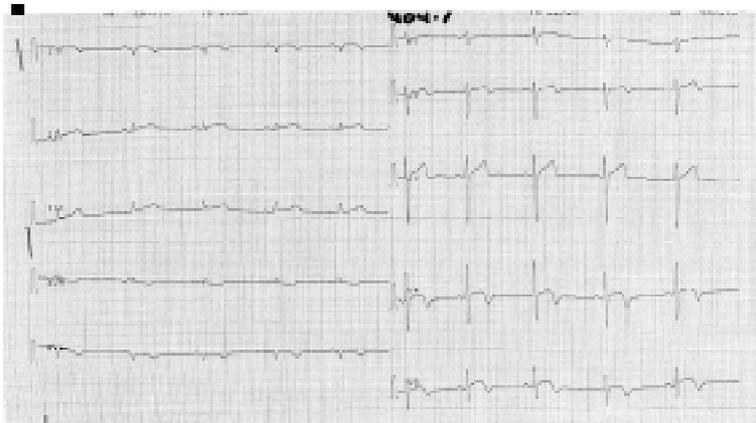
El roce pericárdico que es el signo físico más importante no se apreciaba en este caso. Cuando se ausculta es de alto tono y

se oye mejor aplicando una fuerte presión de la membrana del fonendoscopio sobre el borde esternal izquierdo, durante la espiración, con el paciente sentado.

El paciente fue ingresado en el Servicio de Cardiología del Hospital, donde se la realizó un Ecocardiograma urgente, que no demostró la existencia de derrame pericárdico y el estudio bioquímico confirmó la elevación de las transaminasas (GOT 255, GPT 44) Se hizo estudio bioquímico de auto anticuerpos para descartar el posible origen auto inmune del cuadro que resultó negativo. El paciente recibió tratamiento con Ácido acetilsalicílico 1g/8h y su evolución fue favorable.

### Bibliografía

1. Torres Ruiz JM, Pomares Mora JE. Pericarditis Aguda. En: Barranco Ruiz F, Blasco Morilla J. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. 1.ª ed. Salobreña (Granada): Editorial Alhambra; 1999. 18: 127-153.
2. González Gómez C. Enfermedades del pericardio. En: Medina Asensio J. Manual de urgencias médicas. 2.ª ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos S.A.; 1997. pág. 339-344.
3. González Barranco JM.ª, Jiménez Murillo L. Patología del pericardio: Pericarditis aguda y Taponamiento Cardíaco. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2.ª ed. Editorial Harcourt-Brace; 1999. pág. 203-211.
4. Braunwald E. Enfermedades del Pericardio. En: S Fauci A, Braunwald E. HARRISON. Principios de medicina interna. 14.ª ed. Vol I. Editorial McGrawHill; 2000. 240: 1523-1530.



# 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.

## ❑ IV CONGRESO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA-LA MANCHA: «UN FUTURO CON SALUD»

Guadalajara, 12-14 de Junio, 2003

<http://www.congresoapguada.org>

## ❑ II CONGRESO ARGENTINO DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL FAMFYG/II JORNADAS NACIONALES DE RESIDENTES DE LA FAMFYG: PROMOVRIENDO CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: «UN DESAFÍO PARA EL EQUIPO DE SALUD»

Salta (Argentina), 11-14 de Junio, 2003

Informes e inscripción: [congresosalta@hotmail.com](mailto:congresosalta@hotmail.com) - <http://www.turismosalta.com>

Telf/fax: (0387) 4213355 // Casilla de correo: 206

## ❑ 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](mailto:mvictoria@uma.es)

<http://www.jornadasbibliosalud.net>

## ❑ XXIII CONGRESO SEMFYC

Barcelona, 10-13 de Diciembre, 2003

<http://www.congresosemfyc.org>

