

Amalia Úbeda Pascual^{a,*}, Victoria Ibáñez Cuevas^b y Ana Minguéz Martí^c

^aDepartamento de Farmacología, Universitat de València, Valencia, España

^bMI Colegio de Farmacéuticos de Valencia, Valencia, España

doi:10.1016/j.aprim.2009.04.003

^cUnidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Amalia.Ubeda@uv.es (A. Úbeda Pascual).

Competencia clínica del médico de familia en la atención a la mujer en etapa de climaterio en unidades de primer contacto

Clinical experience of the family doctor in caring for menopausal women in Primary Care

Sr. Director:

La aptitud clínica de los médicos de familia (MF) en la atención a la mujer en etapa del climaterio se ha explorado poco¹. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a escala nacional, en el año 2003 el grupo de mujeres derechohabientes entre 40 y 54 años de edad fue de 3.613.466 (7,87%), mientras que en la Delegación Jalisco fue de 533.722 (8,03%). Los cambios psíquicos y biológicos propios de esta etapa impactan profundamente sobre la mujer, no sólo en lo individual, sino también en lo familiar, lo social y lo laboral, y es aquí donde el médico de primer contacto tendrá la oportunidad de brindar una atención profesional orientada a conservar el estado de salud con calidad de vida.

Se realizó un estudio observacional transversal comparativo en MF adscritos a 5 unidades de medicina familiar (UMF) de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. La variable dependiente fue la aptitud clínica, definida como la capacidad compleja que permite al MF enfrentar situaciones problemáticas de grado variable de complejidad de la experiencia clínica, en la que se pondrá en juego el criterio propio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular^{2,3}. Otras variables de interés fueron la unidad de adscripción, el grado de especialización, los cursos previos en climaterio, el sexo, el tipo de contrato y el turno laboral⁴.

Cuatro expertos en el tema, especialistas en Medicina Familiar y con reconocido trayecto académico en el IMSS, validaron el instrumento de medida, que se componía de 108 enunciados sobre factores de riesgo (24), datos clínicos (15), integración diagnóstica (21), medidas diagnósticas (23) y medidas terapéuticas (25)⁵.

Participaron 78 médicos de los que el 66,7% (n=52) tenía especialidad en Medicina Familiar, y de éstos el 61,5% (n=32) estaba certificado. Sólo el 11,5% (n=9) tenía curso de actualización en climaterio. El grado de aptitud clínica para la atención del climaterio se situó en la categoría explicable por azar (0 a 20 puntos) en el 62,8% de los casos y en escala muy baja (21 a 37 puntos) en el 28,2%. La mediana global fue de 17 puntos (rango de 17 a 51), que correspondió a una puntuación del 15,7% (tabla 1). Las áreas con mejor puntuación fueron las clínicas y paraclínicas, que obtuvieron una mediana de 5 puntos (rango de 7 a 15), que correspondió al 33,3% de la calificación alcanzable en éste.

Los resultados revelan el escaso desarrollo de la aptitud clínica que se ejerce en la práctica profesional, que puede estar influida por los ambientes laborales y por la educación⁶.

Financiación

El financiamiento del trabajo provino de los recursos otorgados por el IMSS.

Bibliografía

1. Viniegra, L. La crítica: aptitud olvidada por la educación. 2.^a edición. México: IMSS, Coordinación de Investigación Médica; 2003.
2. Sabido M, Viniegra L. Aptitud y desempeño en la evaluación del médico. En: Viniegra L, editor. La investigación en la educación.

Tabla 1 Mediana por indicador y por global con puntuación porcentual respectiva de cada área

Área	Enunciados	Mediana (rango)	Puntuación %*
Reconocimiento de factores de riesgo	24	2 (-10 a 20)	8,3
Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos	15	5 (-7 a 15)	33,3
Integración diagnóstica	21	4,5 (-3 a 15)	21,4
Uso global de recursos diagnósticos	23	1 (-9 a 15)	4,3
Uso global de recursos terapéuticos	25	3 (-9 a 15)	12,0
Puntuación global	108	17 (-17 a 51)	15,7

*Puntuación máxima alcanzable en cada área.

- 2.^a edición. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Educativa; 2000. p. 251–69.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. Diario Oficial de la Federación 2003 Sep 18.
4. Blauw AAM. Assessing clinical competence. *British Journal of Rheumatology*. 1995;29:77–84.
5. North American Menopause Society. *Menopause Core Curriculum Study Guide*. 3.^a edición. 2004.
6. Lugones-Botell M, Quintana-Riveron T, Cruz-Oviedo Y. Climaterio y menopausia, importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1997;13:494–503.

Carlos Enrique Cabrera Pivaral^{a,b}, Demian Gabriel Velasco Langer^a, Carlos Alonso Reynoso^{a,*}, Fernando Grover Páez^c y Mayarí Centeno López Mayarí^c

doi:10.1016/j.aprim.2009.02.013

^aUnidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

^bCentro de estudios en salud, población y desarrollo humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

^cCentro de Investigación Educativa y formación docente, IMSS en Jalisco, Jalisco, México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosalonsor@yahoo.com.mx, carlos_cabrera@prodigy.net.mx (C. Alonso Reynoso).

Valoración de hemoglobina glucosilada en sangre capilar frente a la obtenida en sangre venosa

Assessment of HbA1c in capillary blood compared to venous blood

Sr. Director:

Hemos leído con interés la carta de Ferreras et al¹. De acuerdo con los estándares de la American Diabetes Association, la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) con dispositivos de uso en consulta permite decidir en el momento oportuno si son necesarios cambios del tratamiento². En atención primaria (AP), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) genera una elevada carga asistencial. El 29% de los usuarios de los servicios enfermeros presenta este diagnóstico y el programa de atención a las personas diabéticas constituye el primer motivo de consulta enfermera en AP³.

Con la finalidad de valorar si las determinaciones de HbA1c obtenidas con el analizador Afinion[®] AS 100 por parte de los enfermeros de AP son comparables con las obtenidas en el laboratorio central del hospital de referencia, realizamos un estudio de concordancia. El ámbito fue el Centro de Salud Puerta de Madrid (Área 3 de AP, Madrid). Los sujetos fueron pacientes de 18 años o más con DM2 de más de un año de evolución, que acudieron al centro para extracción de analítica de HbA1c durante 3 semanas de febrero de 2009. Se tomó una muestra de sangre venosa para el laboratorio central según el procedimiento habitual y, posteriormente a la firma del consentimiento, otra de sangre capilar para análisis con Afinion[®]. Las muestras venosas se analizaron por cromatografía líquida de alta resolución (HPLC [*High Performance Liquid Chromatography*]) con un dispositivo de Bio-Rad Laboratories.

Las comparaciones estadísticas entre procedimientos se hicieron con la prueba de Wilcoxon para datos empare-

jados. Las comparaciones con los datos de Ferreras et al¹ se hicieron con la t de Student.

Nuestra muestra fue de 50 pacientes, de los que 24 eran mujeres. La edad media fue de 64,3 años (desviación estándar [DE]: 10,8). La media de HbA1c en sangre venosa por HPLC fue del 7,71% (DE: 1,58; rango: 5,7–12,1%), mientras que en sangre capilar por Afinion[®] fue del 7,14% (DE: 1,41; rango: 5,3–12,0%); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La correlación lineal de los valores presentó un R^2 de 0,96.

Nuestra muestra no presentó diferencias significativas respecto a la de Ferreras et al¹ por sexo ($p=0,915$) ni edad ($p=0,086$), aunque se observaron valores más elevados de HbA1c en muestras venosas ($p < 0,001$) y capilares ($p < 0,001$), que pueden explicarse porque todos nuestros sujetos tenían DM2 establecida y las determinaciones de HbA1c son más frecuentes en los pacientes con peor control. Esto nos permitió valorar la concordancia con HPLC en un rango de valores complementario al estudio de Ferreras et al¹.

El gráfico de Bland-Altman muestra la relación entre las determinaciones con ambas técnicas (fig. 1), con valores capilares más elevados y menor sesgo en el rango debajo del 7%, al igual que en Ferreras et al¹. En nuestro caso, las diferencias entre ambas técnicas fueron menores y la correlación más elevada, con resultados similares al primer estudio publicado de concordancia entre ambas técnicas⁴.

Parte de las diferencias observadas pueden deberse a la referencia con la que se compara Afinion[®]: los resultados de HbA1c difieren según la técnica de cada laboratorio, e incluso según el modelo de HPLC⁵. Así, con un HPLC de otro fabricante puede observarse una concordancia superior a la nuestra⁶.

En conclusión, el uso de esta herramienta no es problemático para los enfermeros de AP y podría resultar útil en el seguimiento de pacientes diabéticos. Es necesario especificar la técnica con la que se compara Afinion[®] en cada estudio, al ser este dato relevante para la interpretación de las diferencias observadas.