

Epidemiología global de la intoxicación aguda en un área de salud

Aunque existe un gran interés sociosanitario sobre la epidemiología de las intoxicaciones agudas (IA), los estudios españoles existentes abarcan únicamente las IA atendidas en los hospitales¹⁻⁵, incluso en aquellos en los que su título hace referencia al área de salud²⁻⁵, asumiéndose en general que todos los pacientes intoxicados irán al hospital.

Objetivo. Conocer el perfil epidemiológico global de las IA.

Diseño. Estudio prospectivo entre octubre 1998 y marzo de 1999, de las IA atendidas en todos los niveles asistenciales de un área de salud. Asimismo se recogieron las autopsias forenses realizadas en dicho período con diagnóstico de IA.

Emplazamiento. Área de Salud de la Isla de La Palma (Canarias), con una población de 81.507 habitantes. Los centros estudiados fueron el Hospital General (nivel II), 2 servicios normales de urgencias, 4 puntos de atención continuada (PAC) y una ambulancia medicalizada.

Participantes. Como criterio de inclusión se usó la exposición al tóxico referida por el paciente o acompañantes, sintomatología clínica compatible y/o confirmación analítica. Se excluyeron las toxiinfecciones alimentarias y dentro de las drogas se incluyó el alcohol.

Resultados. Se recogieron 147 casos, el 0,18% de las urgencias atendidas, con

una incidencia de 22,2 IA/10⁶ habitantes/año, y una edad media de 27,5 años (DE, 18,2). Un 75,5% fue atendido en urgencias extrahospitalarias y el resto directamente en el hospital (fig. 1). La intencionalidad y el grupo de tóxico se muestran igualmente en la figura 1.

El alcohol ocupó el primer lugar en el total de las intoxicaciones por drogas (97,3%). Las intoxicaciones farmacológicas fueron fundamentalmente autolíticas (76%), con predominio del sexo femenino (2:1), y los grupos farmacológicos principales correspondieron a benzodiacepinas (40,3%), AINE (15,4%), antipsicóticos (9,7%) y antidepresivos (6,5%). En los productos agrícolas un 88,8% se debió a anticolinesterásicos, y en los cáusticos el tóxico fundamental fue la lejía (87,5%).

El 58% de las IA ocurrieron en el fin de semana, a expensas de las voluntarias no suicidas (70%), permaneciendo los casos accidentales y autolíticos constantes. Presentaba antecedente psiquiátrico el 19,7% de las IA, que llegaba al 75,9% ($p < 0,05$) cuando se consideraba aislado el sexo femenino, al 45,7% cuando se tenía en cuenta la finalidad autolítica y al 80% en las IA por fármacos ($p < 0,05$).

Un 80,2% de los intoxicados recibió algún tratamiento: antidotos (57,1%), lavado gástrico y carbón activado (23%). El 85,1% de las IA por drogas se trataron con piridoxima (81,1%) y tiamina (10,8%). En las IA farmacológicas se utilizó fundamentalmente la extracción digestiva (56%), neutralización con carbón activado (54%) y antidotos intrave-

nosos –flumazenilo (28%) y naloxona (12%)–. En las IA agrícolas se usó extracción digestiva y carbón en el 44,4%. No fue posible recoger el intervalo asistencial ni la cantidad de producto ingerida. De las IA atendidas en el medio extrahospitalario, fue dado de alta el 58,5%. La mortalidad de la serie fue nula.

Diseño y conclusiones. Los estudios españoles sobre IA presentan una fuerte variabilidad (inclusión o no de población pediátrica y de la intoxicación ética como IA, intervalo temporal y ámbito de atención sanitaria) que hace difícil comparar las diferentes series y cuantificar la incidencia real de la IA. Según nuestros datos, con este trabajo cuantificamos por primera vez en España la incidencia global de la IA en un área de salud.

A pesar de incluir todos los niveles asistenciales, llama la atención la baja incidencia de IA y su escasa repercusión en el global de urgencias atendidas. Esto puede ser debido a la población estudiada, eminentemente rural, a hábitos sociales y culturales o el período de estudio. Sólo la serie de Mairata³ en Mallorca (25 IA/10⁶ habitantes) se aproxima a la nuestra, aunque en ella se consideraban únicamente las intoxicaciones por fármacos⁴.

Las características demográficas, de los tóxicos implicados y antecedentes psiquiátricos prácticamente coinciden con las de otras series¹⁻⁵. No obstante, existe una mayor frecuencia de intoxicados por productos agrícolas, como ya ha-

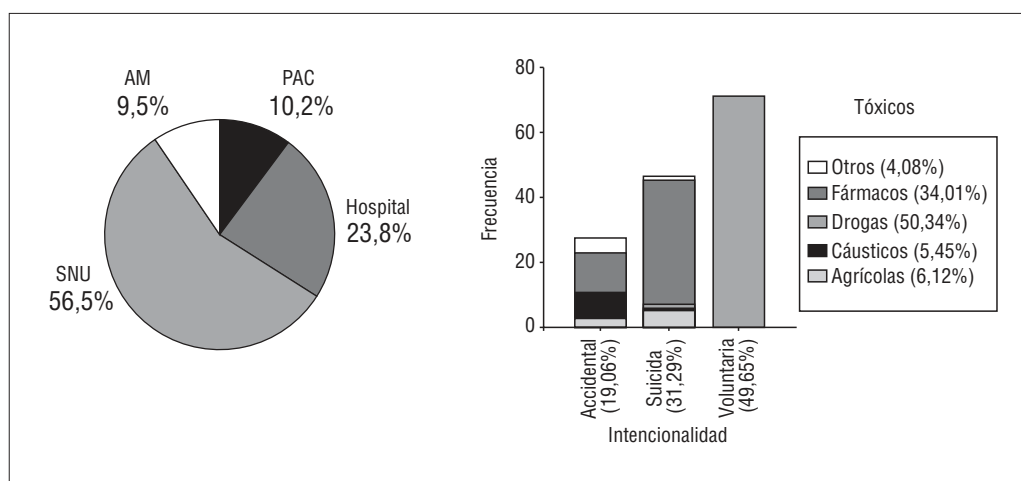


Figura 1. Lugar de asistencia inicial, tipo de tóxico e intencionalidad. AM: ambulancia medicalizada; PAC: punto de atención continuada, y SNU: servicio normal de urgencias.

bíamos constatado⁶. En cuanto al tratamiento de las IA, llama la atención el excesivo uso de la piridoxima y la tiamina como falsos antidotos de la intoxicación etílica aguda.

Creemos que para un mejor conocimiento de la realidad española de la intoxicación aguda es necesario promover no sólo estudios multicéntricos, sino también incluir todos los niveles asistenciales en un sentido amplio: servicios de información toxicológica, médicos forenses, puntos de atención continuada, servicios normales de urgencias y servicios de emergencias prehospitalarias. Aunque los intoxicados graves acaban siendo atendidos en el hospital, la atención primaria posee un enorme papel en la atención inicial de las IA, y puede propiciar la adopción de medidas preventivas en determinados pacientes intoxicados, quizás sin trascendencia clínica, pero sí desde el punto de vista sociosanitario.

A. Riquelme Rodríguez^a,
G. Burillo-Putze^b, A. Jiménez Sosa^b
y A. Hardisson de la Torre^c

^aServicio Canario de Salud. ^bHospital Universitario de Canarias. ^cUniversidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

1. Carvajal García-Pando A, Bachiller Baeza A, Rallo Fernández R, García Jimeno L. Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico de los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978 a 1984. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 135-139.
2. Dorado Pombo S, Martín Fernández J, Sabugal Rodelgo G, Caballero Vallés PJ. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 613 casos habidos en 1994 en el área sur de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 150-156.
3. Mairata Bosch S, Morey Molina A, Ladoire Ferrer A, Ballesteros Fernández JA, De la Calle del Moral F. Intoxicación medicamentosa aguda voluntaria. Estudio epidemiológico en Mallorca. *Rev Clin Esp* 1981; 163: 307-310.
4. Carpintero Escudero JM, Ochoa Gómez F, Ruiz Aspiazú J, Bragado Blas L, Palacios Marín G, Ramallo Gomara E. Prevalencia de las intoxicaciones agudas en Urgencias de La Rioja. *Emergencias* 2000; 12: 92-97.
5. Pérez Gómez JM, Belzunegui Otano T. Intoxicaciones medicamentosas agudas voluntarias en el Área Sanitaria Navarra

I, durante 1989. Estudio epidemiológico descriptivo. *Rev San Hig Pub* 1990; 65: 401-414.

6. Fernández Rodríguez F, Burillo Putze G, Rodríguez Gaspar M, Alonso Lasheras E, Ramos Suárez I, Hernández Sánchez MJ. Intoxicaciones por productos agrícolas: anticolinesterásicos y Paraquat. *Emergencias* 1997; 9: 222-226.

Distonía asociada a bupropión

Introducción. El hidrocloruro de amfebutamona o bupropión es un antidepresivo del grupo de las aminocetonas, no relacionado con los tricíclicos ni con los demás antidepresivos, que presenta como principal problema un mayor riesgo de producir convulsiones que el resto de antidepresivos¹. En algunos países estaba comercializado desde los años ochenta con esta indicación y recientemente en nuestro país, como en otros, se ha comercializado como agente no nicotínico indicado en la ayuda de la deshabituación al tabaco.

No es bien conocido el mecanismo por el que aumenta la capacidad de abstinencia al tabaco. Inhibe de forma más débil que los tricíclicos la captación de noradrenalina, serotonina y dopamina, sin inhibir la monoaminoxidasa, pero su acción sobre el sistema dopaminérgico requiere de dosis mayores que las utilizadas para el efecto antidepresivo².

Para la ayuda en la deshabituación al tabaco, se recomienda emplearlo durante 7-9 semanas, iniciando el tratamiento con una dosis de 150 mg/día durante los primeros 3 días y posteriormente continuar con 300 mg/día repartidos en 2 tomas espaciadas al menos 8 horas entre ambas. El paciente debe dejar de fumar en la segunda semana de tratamiento y se aconseja interrumpirlo si no se observa efecto alguno a las 7 semanas³.

Caso clínico. Varón de 44 años fumador desde hace 20 años, con un consumo actual de 20 cigarrillos/día, sin otros antecedentes de interés. Inició tratamiento con bupropión con la pauta anteriormente descrita, sin asociación

de compuestos nicotínicos ni otra medicación concomitante. Durante la primera semana de tratamiento continuó fumando y sólo refería cierto nerviosismo, relacionado con un pequeño descenso del consumo de tabaco. El décimo día de tratamiento, estando previamente bien, presentó de forma brusca sudación profusa (sobre todo en manos y frente) y acusado temblor intencional en manos que le impedía coordinar movimientos como beber de un vaso. Esta situación discinética se mantiene de forma evidente durante al menos 30 minutos, generando gran ansiedad al paciente. Al mismo tiempo, presentaba temblor de reposo en ambas piernas, más evidente al levantarse e intentar caminar, lo que le obligó a aumentar la base de sustentación y a sujetarse en una barandilla para bajar las escaleras con seguridad. El cuadro se prolongó durante 60-90 minutos cediendo progresivamente, y se repitió con menor intensidad en tres ocasiones más en el mismo día. Inicialmente no atribuyó sus síntomas al medicamento y continuó tomándolo 2 días más, repitiéndose los síntomas en 2 o 3 ocasiones más. Ante la sospecha de una posible reacción adversa debida al bupropión, se suspendió la medicación el día 12 de tratamiento, sin que hasta el momento actual haya vuelto a presentar ningún nuevo episodio de temblor.

Discusión y conclusiones. Entre las reacciones adversas más frecuentes (> 1/100) producidas por bupropión destacan: cefalea, insomnio, temblor leve, rinitis, sequedad de boca y ansiedad⁴. Existen reacciones adversas menos frecuentes pero más graves, como son las convulsiones (1/1.000) y reacciones anafilácticas (1-3/1.000). Una vez comercializado, existen informes espontáneos asociados a la toma de bupropión de casos aislados de eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y shock anafiláctico.

La administración de fármacos que inducen el citocromo P450 (carbamecina, fenobarbital, fenitoína) disminuye las concentraciones plasmáticas y la efectividad clínica del bupropión. La ci-

metidina y el ritonavir disminuyen la biotransformación del bupropión y aumentan el riesgo de reacciones adversas. La asociación de bupropión con alcohol también incrementa el riesgo de reacciones adversas, ya que no sólo reduce el umbral convulsivo, sino que aumenta la semivida de hidroxipropión, por eso el paciente deberá abstenerse de ingerir alcohol durante el tratamiento⁵.

En el caso del paciente descrito, el bupropión parece ser la causa responsable de la sintomatología, puesto que al suspenderse la medicación desapareció el temblor, no tomaba ningún otro fármaco y no ingirió alcohol. Creemos oportuno permanecer atentos ante los posibles efectos secundarios de fármacos de reciente comercialización y/o nueva indicación, como es el caso del bupropión.

P. Hernanz Hernanz,
M.N. Ortega Inclán, T. Sainza Rúa
y P. Hernández Matías
Centro de Salud Paracuellos de Jarama.
Madrid.

1. Skowron DM, Stimmel GL. Antidepressants and the risk of seizures. *Pharmacotherapy* 1992; 12: 18-22.
2. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Mechanisms and prospects. *Drugs* 2000; 13: 265-285.
3. Ficha técnica de ZYNTABAC 150 mg comprimidos de liberación prolongada.
4. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
5. Tamargo J, Cogolludo A, Caballero R. Bupropión en el tratamiento del hábito de fumar. *Novedades Farmacológicas* 40-46.

Enfermedad tuberculosa en inmigrantes de la comarca del Garraf

En países industrializados se está describiendo una elevada y creciente prevalencia de enfermedad tuberculosa (ET) en la población inmigrante¹. Este hecho está comportando serios problemas

no sólo debidos a las peculiaridades socioculturales de este colectivo, sino también a las repercusiones que puedan generar en la salud de la comunidad.

Objetivo. Describir la casuística de ET de nuestra comarca, basada en el registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal y prospectivo.

Emplazamiento. Comarca del Garraf (100.000 habitantes) (Cataluña).

Participantes. Todos los casos de ET registrados durante el período 1996-2000 a través de las EDO.

Mediciones principales. Mediante un protocolo complementario al de las EDO, se registraron las siguientes variables: edad, sexo, inmigración, enfermedades de base, intervalo de tiempo previo al diagnóstico y localizaciones de la ET. Todas las muestras fueron procesadas desde el laboratorio de microbiología del hospital comarcal.

Resultados. Durante el período del estudio la incidencia acumulada fue de 160 casos/100.000 habitantes. Se registraron un total de 160 pacientes, 115 (71,8%) varones y 45 (28,2%) mujeres, con una edad media de 40,3 años (límites, 3-86 años). Se identificó ET en 11 inmigrantes. Los intervalos de edad con mayor número de casos fueron 30-40 años (26,2%) y 20-30 años (21,2%). El intervalo medio de tiempo previo al diagnóstico fue de

40 días, 23 días en la población pediátrica, 38 días en el colectivo VIH y 49,5 días en el grupo de inmigrantes. La frecuencia de la ET en pacientes VIH fue del 16,2% y en inmigrantes del 6,8%, observándose una estabilización en el grupo VIH y un aumento progresivo en inmigrantes (fig. 1). Había alguna enfermedad de base en 49 pacientes (30,6%), siendo las más frecuentes la infección por VIH en 26 casos (53%) y las neoplasias en 6 (12,2%). Las localizaciones de la ET más comunes fueron: pulmonar en 131 casos (73%) y pleural y ganglionar en 14 casos (7,8%), respectivamente. En 10 casos (6,25%) la localización fue múltiple. El perfil de ET en inmigrantes se caracterizó por afectar preferentemente a varones (72,7%), de 30-40 años (35,6%), de nacionalidad magrebí (63,6%), sin ninguna patología de base, localización extrapulmonar de la ET (45,5%) y con un retraso diagnóstico (49,5 días).

Discusión y conclusiones. Dentro del creciente movimiento migratorio, España es destino de una importante población procedente de África, especialmente de países magrebíes y de América Latina. En dichos países se describen altas tasas de ET². Aparte de que la ET pueda ser importada, diversos factores pueden influir en su adquisición. Entre los más significativos destacan: la deficiencia higiénico-nutricional, nivel cultural, esta-

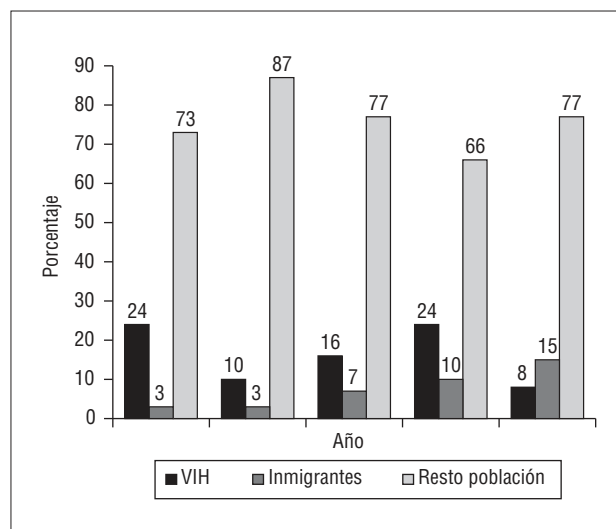


Figura 1. Enfermedad tuberculosa según grupos de población.

tus económico, problema comunicacional, hacinamiento y situación de ilegalidad. En países desarrollados se está asistiendo a una inversión entre los casos de ET autóctonos y en el colectivo de inmigrantes¹. En algunos estados de América del Norte, Reino Unido y Países Bajos la prevalencia de ET en inmigrantes llega a alcanzar el 25-68%^{1,3}. En nuestro país se describe una prevalencia del 3,8-10%, habiéndose observado cifras superiores (22,3%) en alguna área urbana con importante densidad de población inmigrante³. En nuestro estudio, aunque el número total de casos de ET no es muy elevado, destaca un progresivo aumento en inmigrantes, pasando de un 3% en el año 1996 a un 15% en el 2000.

Las características identificadas en nuestra casuística determinan un perfil del inmigrante de riesgo. La nacionalidad magrebí y los niveles cultural y económico bajos son en nuestro medio dos de los principales factores predisponentes a la ET, circunstancias ya descritas por otros autores^{1,3}. Una característica destacable en nuestro estudio ha sido la elevada frecuencia de ET extrapulmonar (45,5%). Esta cifra es superior a las descritas en casuísticas generales, que

no suele superar el 30%⁴. No obstante, está en consonancia con las aportadas en la población VIH y en algunas series norteamericanas en poblaciones con un alto índice de inmigración⁵. La inadecuada relación médico-paciente contribuye a agravar el problema no sólo por las dificultades del idioma, sino por la actitud en ocasiones pasiva del propio personal sanitario. Este hecho, aparentemente sorprendente, ya lo ha descrito Pendleton⁶, el cual objetivó un menor tiempo de consulta y de recomendaciones en pacientes de bajo nivel social.

Las peculiaridades de la población inmigrante puede suponer un verdadero obstáculo en la evaluación del estado de salud. Posiblemente estemos frente a un importante problema de salud pública de consecuencias imprevisibles en un futuro inmediato. Lejos de encontrar soluciones políticas eficaces, en estos momentos la principal arma que dispone nuestro sistema de salud es la actitud de los propios profesionales. Los datos epidemiológicos sobre la ET que se describen en nuestro país y en la Comunidad Europea justificarían que, de forma sistemática, se adoptasen actitudes diagnósticas y/o preventivas ante la

población inmigrante, especialmente si ésta es de riesgo.

E. Chirveches Pérez^a, M.D. Peleato Catalán^a, M.S. Cabello Díaz^a y J. Torné Cachot^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

1. Ruiz Manzano J. Tuberculosis e inmigración. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 257-258.
2. CDC. Tuberculosis in developing countries. *MMWR* 1990; 33: 561-569.
3. Rivas Clemente FPL, Nacher Conches M, Corriero Martín J, García-Herreros Mardueño MT. Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 245-249.
4. Fernández Revuelta A, Arazo Garcés P, Aguirre JM, Zalba Etayo B, Lausín Marín S. Estudio epidemiológico de la tuberculosis pulmonar en pacientes ingresados. *Aten Primaria* 1995; 15: 297-304.
5. Mehta JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest* 1991; 99: 1134-1138.
6. Pendleton DA, Bochners S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients social class. *Soc Sci Med* 1980; 14: 669-673.

A propósito del abordaje del tabaquismo y la cartera de servicios

Sr. Director: He leído con gran interés el artículo «Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento»¹, publicado en la revista que dirige.

Es importante que desde atención primaria se aborde la prevención y tratamiento de uno de los principales factores de riesgo para la salud: se estima que es fumador alrededor de un 35,7% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria², está demostrada la eficiencia de la intervención médica en el tabaquismo³, las probabilidades de éxito son similares a las conseguidas por atención especializada cuando se emplean los mismos métodos⁴ y los recursos necesarios son mínimos.

Así pues, coincido con los autores que el abordaje del tabaquismo debe ser una actividad rutinaria de los profesionales en los centros de salud y que su diagnóstico y tratamiento debería formar parte de la cartera de servicios que ofrece un equipo de atención primaria a la población que atiende.

Por ello en el Área Sanitaria VIII del INSALUD de Asturias estamos trabajando desde 1997 para que todos los equipos ofrezcan a sus pacientes este servicio como una actividad más. Antes de su implantación se realizó una serie de actuaciones:

1. Elaboración de un protocolo de área⁵ que recoge la actuación sistematizada que el profesional sanitario debe realizar ante un fumador (detección del hábito y cuantificación del consumo, exploración de la actitud del fumador ante el hábito, valoración de la motivación y nivel de dependencia, clasificación del fumador y consejo o tratamiento adecuado).

2. Dotación de los centros de salud con coxímetros y material divulgativo de apoyo (folletos informativos, vídeos...).

3. Formación de los profesionales sanitarios mediante sesiones clínicas, cur-

sos/talleres y rotaciones por una unidad especializada de tabaquismo.

Una vez que los profesionales estaban sensibilizados y habían sido formados, se fue extendiendo paulatinamente esta actividad (que denominamos plan de ayuda al fumador) por los diferentes equipos de atención primaria, de tal forma que en los tres últimos años el contrato de gestión de cada equipo contempla específicamente objetivos relacionados con este servicio.

Anualmente, coincidiendo con la evaluación de cartera de servicios, se evalúa el grado de cumplimiento de dichos objetivos y el resultado se liga a incentivos. De esta forma, con independencia de la sensibilidad y actitud de cada profesional, que sin duda podrá influir en la calidad del consejo, en esta área sanitaria el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo no están confinados a iniciativas aisladas.

M. Alonso Fernández

Gerencia de Atención Primaria
(INSALUD) Área VIII de Asturias.

1. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27: 629-636.
2. Encuesta Nacional de la Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Pérez Trullén A, Sánchez Agudo L. Guías prácticas de deshabitación tabáquica: ¿análisis coste-efectividad? *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl 3): 89-94.
4. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz CA, Maderuelo Fernández JA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El médico y el paciente en la toma de decisión del abandono del tabaco. Repercusión de la iniciativa en el resultado de la intervención. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 127-134.
5. García Lavandera J, López Sanpedro P, Comas Fuentes A, Cabal García A, González Rodríguez C. Plan de Ayuda al Fumador. Área Sanitaria VIII. Asturias. INSALUD, Gerencia de Atención Primaria Sama de Langreo.

Réplica de los autores

Sr. Director: Agradecemos la oportunidad que nos ofrece M. Alonso Fernández para insistir en lo que consideramos se trata de una necesidad: el abordaje del tabaquismo en el marco de la atención primaria que, como queda demostrado en múltiples trabajos publicados en *ATENCIÓN PRIMARIA*¹⁻³ y otras revistas científicas, es un lugar idóneo para llevarlo a cabo, dada su cobertura y accesibilidad, aspecto éste que venimos reclamando desde hace años frente a quienes consideran que el tratamiento del tabaquismo debería ser fundamentalmente especializado, porque creemos que, como problema de salud pública, sólo se resolverá cuando sea abordado por atención primaria.

Otra cosa distinta es que también pensamos que sería deseable que fuera un trabajo coordinado desde las instituciones sanitarias, como expone M. Alonso Fernández, aspecto que venimos reclamando, aunque esto hoy no deja de ser más que un deseo. El grupo de trabajo de Salamanca, compuesto tanto por profesionales médicos de atención primaria y especializada así como por profesionales de enfermería, llevamos varios años trabajando en consultas de tabaquismo integradas dentro de la actividad asistencial diaria. En atención especializada, en el marco de una consulta de neumología; en atención primaria, tanto en la consulta programada como en la consulta a demanda, y siempre hablando de consultas concretas, es decir, a título individual, sin ninguna coordinación que no sea la que establecemos el grupo de profesionales sanitarios preocupados por un problema sobre el cual todavía existen distintas sensibilidades, por lo que la iniciativa de la Gerencia de Atención Primaria de Asturias es digna de mención^{4,5}. Camino se hace al andar y quizás el ejemplo de la mencionada gerencia de atención primaria, junto a otras que han tomado el testigo de la intervención sobre el tabaquismo en las consultas de los centros de salud, marque el comienzo del cambio de actitud de las personas encargadas de coordinar las actividades asistenciales evaluables me-

diente la cartera de servicios. Quizás esto pueda provocar un efecto dominó sobre los profesionales sanitarios y éstos asuman el problema que supone el tabaquismo y su abordaje terapéutico, de la misma forma que lo hacen con otros factores de riesgo de salud pública, caso de la hipertensión arterial y la hiperlipemia. Por ello invitamos a M. Alonso Fernández a extender su experiencia en las reuniones de gestores y en los congresos de las sociedades científicas de gestión clínica, para ver si cunde el ejemplo entre sus compañeros. Por nuestra parte, seguiremos trabajando con ilusión, intentando promover, con la divulgación de los resultados derivados de nuestro trabajo en los distintos foros científicos (como revistas de ámbito nacional y en los congresos de nuestras sociedades científicas), la adopción de las medidas necesarias para que el tabaquismo sea considerado una enfermedad y su tratamiento una obligación del profesional sanitario.

M. Torrecilla García^a,
M. Barrueco Ferrero^b,
J.A. Maderuelo Fernández^c,
M.D. Plaza Martín^a
y M.A. Hernández Mezquita^a

^aCentro de Salud San Juan (Salamanca).

^bServicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca. ^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Salamanca.

1. Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
2. Aleixandre E, Casanova MA, Mitjas J, Sánchez J, Sanmartín A. Ensayo clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 424-428.
3. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 27: 629-636.
4. García Lavandera J, López Sanpedro P, Comas Fuente A, Cabal García A, Gonzalvo Rodríguez C. Plan de ayuda al fumador. Sama de Langreo (Asturias): Gerencia de Atención Primaria Área VIII de Asturias, INSALUD, 1998.

rencia de Atención Primaria Área VIII de Asturias, INSALUD, 1998.

5. Alonso Fernández M, Robles García B, Gonzalvo Rodríguez C. Evaluación a corto plazo de un plan para dejar de fumar en un área sanitaria de Asturias. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7: 36-43.

Medida de la presión arterial en la oficina de farmacia

Sr. Director: Hemos leído atentamente el original publicado en su revista con el título «¿Se puede medir la presión arterial en las oficinas de farmacia?» que firman los Dres. J.A. Divisón et al¹.

En primer lugar, nos parece muy interesante intentar valorar, como en otros estudios², si las medidas de presión arterial (PA) en farmacia que se realizan rutinariamente son en verdad fiables. Es práctica habitual en nuestras consultas la recomendación de la toma de PA en la farmacia, fundamentalmente para intentar descubrir tanto el «fenómeno», como la «hipertensión arterial de bata blanca» (HTA aislada de consulta).

Esta recomendación no está exenta de riesgos al no poder aclarar si la toma de PA en cada una de las farmacias se realiza correctamente, lo que podría llevarnos al error, en el caso de que confiemos en ellas, de sobre o infradiagnosticar a nuestros enfermos.

Estamos de acuerdo con los autores en las ventajas que aporta para nuestros pacientes la toma de la PA en lugares diferentes al centro de salud (CS), que podrían eliminar la posible reacción de alerta que supone para el paciente la presencia del médico. Una posible alternativa, que ya se ha estudiado en otros trabajos, es la toma de la PA por personal de enfermería, que parece podría disminuir este fenómeno e incluso acercarnos más a la presión ambulatoria que las efectuadas por el médico³, aunque también es conocido que los resultados no son equivalentes en todos los estudios.

Respecto al estudio publicado, quisiéramos hacer las siguientes puntualizaciones:

– Pensamos que, para poder realizar un estudio de concordancia en las tomas de PA, es inevitable tener en cuenta los po-

sibles sesgos que pueden «artefactar» 2 tomas tensionales para intentar averiguar la fiabilidad entre 2 observadores, como ya citábamos en un estudio de concordancia en HTA publicado por nosotros recientemente en esta misma revista³.

– El principal error que encontramos, como reconocen sus autores, es que la medida de PA en las farmacias no está estandarizada. Por un lado, no sabemos quién realiza esta toma tensional (preparación, titulación, conocimiento del procedimiento de las tomas tensionales, etc.), siendo muchas veces el auxiliar de farmacia quien realiza la toma, no quedando constancia en este estudio si las tomas las realizaron los farmacéuticos titulares o sus auxiliares (en cualquier caso, tampoco se conoce la preparación que tienen los farmacéuticos para realizar dichas tomas).

– El instrumento de medida era diferente en cada farmacia. Así en unas farmacias la toma tensional se realizaba con esfigmomanómetros de mercurio (EM), sistema que sigue siendo habitual en muchas farmacias, según hemos podido comprobar en un estudio de campo que estamos realizando en nuestras zonas básicas, aún no publicado, método que se considera hoy día de elección para la medida de PA, pero si lo lleva a cabo personal adecuado y con un conocimiento objetivo sobre el procedimiento de medida. Incluso en estas condiciones ideales, que no parece ser se dieran en este estudio, la toma de PA puede adolecer de numerosos sesgos y no alcanzar la precisión adecuada³.

– En los casos en los que se tomó la PA con aparatos automáticos de medición, éstos no estaban validados (sólo 3 de los 17 utilizados lo estaban), siendo por tanto, y en la práctica, desaconsejadas estas mediciones por todas las recomendaciones de las sociedades científicas al no poder conocer la fiabilidad de aquéllas.

– No se identificaron otros sesgos de medición que pudieran invalidar los resultados. Siguiendo la clasificación de Rose: a) *sesgo del observador*: no se realizó un curso previo ni a los farmacéuticos ni a los enfermeros/as participantes para homogeneizar las tomas según las

recomendaciones al respecto de las diferentes sociedades internacionales, y *b) sesgo de método*: por un lado no se daban unas recomendaciones previas a los pacientes para que las tomas se hicieran en condiciones ideales, ni como ya se ha comentado se tuvieron en cuenta las calibraciones ni las validaciones de los diferentes aparatos que se usaron para las mediciones. Por otro lado, tanto el tiempo transcurrido entre unas y otras tomas, que en algunas ocasiones fueron incluso de 2 horas, como el desconocimiento de las distancias a las que se encontraban las oficinas de farmacia de los CS, el tiempo de espera real de cada paciente, o las condiciones individuales en que se tomaron a los pacientes dichas mediciones (como ya reconocen los autores en su discusión), podrían haber influido en la variabilidad intrínseca de la PA y, así mismo, poder «artefactar» el estudio de comparabilidad.

– Creemos que la posible existencia de algún sesgo en la toma de PA en las consultas de enfermería (CE) (como el redondeo a 0 o 5 o la no calibración de los EM) son errores fácilmente subsanables y, por tanto, no excluiría, como se demuestra en otros estudios, a las tomas por enfermeros/as como las más apropiadas y posiblemente de referencia⁵.

– En los resultados observados, y como ya ocurrió también en nuestro estudio, el coeficiente de correlación intraclase fue bueno en todas las mediciones, lo que sugeriría una buena fiabilidad interobservador en las tomas tensionales. Según algunos autores⁶, este índice no sería el más apropiado para la medición de variables continuas orgánicas, por lo que su medición no tendría interés. En cambio, las gráficas de Bland y Altman, y el método de la media de las diferencias, que acercan más a la realidad práctica del caso nos dicen que, para diferencias superiores a 5 mmHg, que se considera el límite aceptable en clínica, existen discrepancias apreciables que hacen que no se puedan aceptar como fiables estas medidas.

– Pensamos que la referencia a que las simples diferencias entre valores medios de las tomas de PA entre oficinas de farmacia y CE podrían hacer pensar en una buena concordancia no está justifi-

cada, pues lo que Fleiss ha venido en denominar «índice de concordancia simple» no es un adecuado índice estadístico, al no poder descartar el azar como causa de las posibles similitudes o diferencias entre mediciones.

Queremos resaltar que el aspecto positivo de este estudio es la proximidad de lo estudiado a la práctica clínica diaria, siendo un estudio de campo que pretende valorar en las condiciones habituales de nuestra práctica clínica qué es lo que está ocurriendo en las tomas que recomendamos a nuestros pacientes en las farmacias de nuestra zona básica, y si podríamos seguir recomendando estas prácticas con una evidencia científica.

– Creemos, sin embargo, que la existencia de los sesgos que hemos descritos con anterioridad hacen inviable, a partir de este trabajo ninguna decisión real sobre la cuestión, como reconocen los propios autores.

– En cualquier caso, sólo el mero hecho de conseguir la participación de un número tan elevado de farmacias en el trabajo, y su implicación en temas sanitarios de relevante importancia, como es el cuidado del enfermo hipertenso, es ya una victoria indiscutible.

Sería muy útil realizar un estudio de estas características en cada CS y con las farmacias que son referencia de cada zona básica, una vez superados los posibles sesgos evitables, con similares características al aquí analizado, lo que podría darnos un indicador fiable de si las tomas cercanas a nuestros pacientes pueden sustituir a la medición de la presión arterial en el domicilio (AMPA), con el posible ahorro económico que supondría para algunas familias, que en algunos casos no pueden tener acceso aún a estos aparatos de AMPA. Estamos seguros de que la concienciación de todos los farmacéuticos en la utilidad de sus aportaciones en salud hará que algunos de los errores, claramente evitables y que de forma valiosa se han podido apreciar en este estudio, se pudieran subsanar con pequeños esfuerzos por su parte (aparatos automáticos validados, recomendaciones previas a los pacientes, metodología correcta, calibraciones periódicas de los aparatos de me-

dición, etc.), y por supuesto para el personal de enfermería, que debe concienciarse de que su participación es esencial en este ámbito, mejorando su formación en el proceso de medición de la PA.

Por último, queremos agradecer a los componentes del grupo GEVA las numerosas aportaciones que han realizado en el campo de la HTA y de los factores de riesgo cardiovascular desde el ámbito de la atención primaria, y que esperamos sigan realizando en el futuro.

E. Martín Rioboó^a, F.J. Fonseca del Pozo^b, M. Ripollés Orti y A. Díaz Moreno

^aCentro de Salud de Fuente Palmera.

^bConsultorio de Pedro Abad. Córdoba.

1. División JA, Artigao LM, Sanchiz C, Álvarez F, Carbayo J, Carrión L et al. ¿Se puede o debe medir la presión arterial en las oficinas de farmacia? *Aten Primaria* 2001; 28: 4-10.
2. Montes G, Fernández JA, Prada A, Polonio R, Rodríguez D, Pérula LA. Fiabilidad de la medición de presión arterial. Paciente frente a profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 73-77.
3. Martínez MA, Aguirre A, Sánchez M, Nevado A, Laguna I, Torre A. Determinación de la presión arterial por médico o enfermera: relación con la presión ambulatoria y masa ventricular izquierda. *Med Clin (Barc)* 2000; 20: 770-775.
4. Ripollés M, Martín E, Díaz A, Aranguen B, Murcia M, Toledano A et al. Concordancia en la medición de la presión arterial entre diferentes profesionales sanitarios. ¿Son fiables los esfigmomanómetros de mercurio?. *Aten Primaria* 2001; 27: 234-243.
5. Martínez-López MA, García Puig J, Sancho Bueso T. ¿Quién debe tomar la presión arterial en la consulta? *Hipertensión* 2001; 18: 125-132.
6. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 142-145.

Réplica de los autores

Sr. Director: En primer lugar, queremos agradecer a Martín Rioboó et al el interés que muestran por nuestro artículo y sus consideraciones al GEVA. En cuanto a sus comentarios, quisiéramos

mos aclarar que el objetivo de nuestro estudio no era valorar la utilidad de la oficina de farmacia (OF) en el diagnóstico del «fenómeno de la bata blanca» ni de la hipertensión clínica aislada, sino observar el grado de concordancia entre las medidas de presión arterial (PA) de la OF y del centro de salud (CS). En este sentido, el estudio se realizó en condiciones habituales de trabajo y, como se refleja en la metodología, no se practicó ningún tipo de intervención previa a los farmacéuticos ni en el CS, ya que de lo que se trataba era de conocer la situación actual. Si se hubiese intervenido estandarizando las condiciones de medida, la técnica o el aparato se hubiera falseado la situación de partida.

En cuanto a quién llevó a cabo la medición de PA en la OF, queda reflejado en la metodología que fueron los propios farmacéuticos/as.

Estamos de acuerdo, y así lo expresamos en nuestro artículo, en la necesidad de estandarizar las condiciones de medida de la PA, tanto en la OF como en el CS. Lo que pretendíamos precisamente era detectar posibles sesgos y aportar soluciones.

Las conclusiones de nuestro trabajo pretendían llamar la atención en este sentido; por ello, entre otras cosas, para evitar sesgos aconsejamos la utilización de aparatos electrónicos validados, tanto en un lugar como en otro.

Nuestro grupo está convencido de que, con medidas perfectamente estandarizadas, la OF puede ser un lugar ideal dentro de la atención primaria para colaborar en el diagnóstico y control de la hipertensión arterial. A ello pretendemos dar respuesta en trabajos futuros (pendientes de su publicación) de los que se presentaron datos preliminares en el último congreso de la SEH-LELHA^{1,2}. Este estudio lo que pretendía era conocer la situación de partida.

Estamos totalmente de acuerdo en que el personal de enfermería debe de estar convencido de la importancia de su trabajo en este ámbito.

Discrepamos con Martín Rioboó et al en la utilización del coeficiente de correlación intraclass³; pensamos que es un índice adecuado para este tipo de variables y sus limitaciones nos llevaron a

completar el estudio, siguiendo a Doménech⁴, con el análisis gráfico de Bland y Altman⁵, en donde se observan las diferencias clínicamente no aceptables.

Finalmente, los ánimos reflejados en el último párrafo han sido recibidos con profunda simpatía. Es muy gratificante en estos momentos, donde las múltiples obligaciones y la escasez de tiempo son malas compañeras de la investigación, encontrar entusiasmos similares procedentes de otros compañeros, gracias. También queremos felicitar a los autores por sus estudios y animarlos a seguir trabajando.

J.A. División, C. Sanchis, J. Carbayo y L.M. Artigao

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).

1. Carballo JA, División JA, Artigao LM, Sanchis C, Álvarez F, Rodríguez Paños B et al (GEVA). Utilidad de la oficina de farmacia en la mejora del grado de conocimiento de la hipertensión. *Hipertensión* 2001; 18 (n.º extra): 23.
2. División JA, Artigao LM, Carballo JA, Sanchis C, Álvarez F, Carrión L et al (GEVA). Utilidad de la oficina de farmacia en la mejora del grado de control de la hipertensión. *Hipertensión* 2001; 18 (n.º extra): 23-24.
3. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 142-145.
4. Doménech JM. Estudio de la concordancia (unidad didáctica 15). En: Doménech JM, editor. *Métodos estadísticos en ciencias de la salud*. Barcelona: Signo, 1998; 41-56.
5. Bland JM, Altman DG. Comparing two methods of clinical measurement: a personal history. *Int J Epidemiol* 1995; 24 (Supl 1): 7-14.

Relación médico-paciente y género

Sr. Director: He leído con interés el artículo «La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico», de J.A. Bellón Saameño y T. Martínez Cañavate, que revisa la bi-

bliografía existente sobre el tema en los últimos años¹.

A pesar del importante esfuerzo realizado por los autores y la luz que arrojan sobre nuestro estado de interés investigador sobre el tema, deseo hacer un comentario que creo puede ser útil para mejorar y enriquecer el estudio en futuras revisiones bibliométricas.

Considero que a la lista de «otros descriptores temáticos» utilizada por los autores en la búsqueda, en que el descriptor principal es «la relación médico-paciente» (RM-P), le falta un concepto que es básico en el estado actual del conocimiento en la materia, el género (*physician gender* y *patient gender*).

Aunque la elección es, legítimamente, de los autores, creo que puede valorarse, al menos, desde dos puntos de vista relevantes. El primero es la pertinencia de cada descriptor secundario en cuanto a su papel como modulador potencial de la RM-P, y el segundo la cantidad de referencias bibliográficas que pueden encontrarse bajo cada descriptor usado (no olvidemos que se trata de recuperar la máxima información posible).

Como señala Ronald M. Epstein en el mismo número de la revista², «hay un amplio debate acerca de la universalidad de los factores de comunicación», y no alcanzo a entender por qué ese debate, ya planteado abiertamente en otros lugares, no se plantea aún entre nosotros. También retomo a Epstein para destacar que «un debate filosófico significativo es si son más importantes las habilidades de comunicación que puede practicar el médico, o hay algo más profundo...».

A mi juicio, el género puede explicar, en parte, esos rasgos «más profundos», y ello por razones psíquicas y sociales.

Por remitirme a las primeras, menos obvias, es importante señalar que el apego y la separación son los anclajes del desarrollo humano. Desde los primeros momentos de la vida, la motivación de apego es fundamental en niños y niñas, pero, también precozmente, en la niña se privilegia el apego y en el niño la autonomía³. Esta diferenciación en el desarrollo psíquico propicia, en varones y mujeres, dos tipos de moral y, por tanto, dos formas diferentes de en-

tender las relaciones entre el Yo y los otros, dando lugar a lo que Carol Gilligan⁴ llama «ética de justicia (de los derechos)», y «ética del cuidado (de la responsabilidad)», siendo éstas, respectivamente, las maneras masculina y femenina de responder ante las relaciones con los otros.

La mayor preparación de las mujeres para el cuidado y la atención se manifiesta también, bajo esta hipótesis del desarrollo psíquico, en la RM-P⁵.

Esta carta tiene como objetivo intentar ampliar, en nuestro medio, ese «debate»

tan actual y necesario a que se refiere Epstein, razón por la cual utilizo este vehículo para comunicarme con los autores del artículo, que además son colegas y amigos.

A. Delgado

Técnica de Salud de la Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.

1. Bellón Saameño JA, Martínez Cañavate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria* 2001; 27: 452-458.

2. Epstein RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria* 2001; 27: 511-513.
3. Levinton Dolman N. El superyó femenino. La moral en las mujeres. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000.
4. Gilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
5. LoCicero AK. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Soc Sci Med* 1993; 10: 1261-1269.