

Hiperparatiroidismo y litio

Introducción. El litio es una medicación útil en el manejo del trastorno bipolar y otros procesos psiquiátricos no exenta de complicaciones y efectos secundarios.

Caso clínico. Mujer de 59 años que presenta como antecedentes de interés un intento autolítico secundario a una depresión mayor cronicada, migraña, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato y *fractura de cuello de 4.º metatarsiano del pie derecho por traumatismo indirecto*, y que se encuentra en tratamiento con citalopram, litio, omeprazol, almagato, paracetamol y tramadol. Dicha mujer presentó en un análisis rutinario para control de las concentraciones de litio un aumento del calcio sérico a 10,7, una calciuria de 70 mg/24 h, fosfatasa alcalina de 339, PTH de 86 y TSH y fósforo normal. Con estos datos se le diagnosticó un *probable hiperparatiroidismo primario asintomático secundario al litio*. Se procedió a realizar densitometría ósea con el resultado de osteopenia lumbar y osteoporosis en cadera. Tras esta situación y con control psiquiátrico, se retiró el litio consiguiendo una normalización de las concentraciones séricas de calcio y PTH.

Discusión y conclusiones. El litio produce hipercalcemia e hipocalciuria entre un 10-20% de los casos y en un porcentaje menor, elevación de la concentración sérica de PTH. No obstante, incluso sin la presencia de una hipercalcemia, puede inducir un efecto en la regulación calcio-PTH, elevando ligeramente la concentración sérica de PTH y manteniendo una normocalcemia¹. La hipercalcemia depende de la administración continua de litio, disminuyendo y reapareciendo cuando se interrumpe y se reanuda el litio, respectivamente. Un escaso número de pacientes puede presentar adenomas paratiroides, aunque éstos pueden corresponder a casos que tenían un tumor paratiroideo que apareció de forma independiente, aceptándose que en la mayoría de los casos se trata de glándulas hiperfuncionantes. Sin embargo, estimulando prolongadamente la multiplicación de las células paratiroides se puede

favorecer el desarrollo de adenomas como los que aparecen en el hiperparatiroidismo primario, y es posible que el estímulo crónico del litio sobre las paratiroides sea un factor de riesgo para la formación de adenomas^{2,3}.

La fisiopatología del efecto del litio en el balance del calcio consiste en un desplazamiento hacia la derecha de la curva que representa la secreción de PTH por las glándulas paratiroides según las concentraciones de calcio, es decir, se necesitan concentraciones de calcio mayores para reducir la secreción de PTH⁴.

Los efectos sobre el esqueleto no están claros. Dos estudios longitudinales de un total de 21 pacientes sugieren una significativa descalcificación en el antebrazo tras un corto período de terapia con litio (3-6 meses)⁵. Estos resultados no se confirmaron en un reciente estudio de densidad ósea en columna y cadera de 25 pacientes tratados con litio y 25 pacientes control⁶.

Como conclusión, si aparecen síntomas o signos molestos, como valores elevados de calcio en sangre, desmineralización ósea progresiva o cálculos renales, quizá fuese necesario ensayar otros fármacos psicótropos, y si no se deben tratar como cualquier paciente con hipercalcemia asintomática.

**R. Gómez Moreno^a,
T. Lobo Fresnillo^b, A. Calvo
Cebrián^a y N. Monge Ropero^a**

^aMedicina Familiar y Comunitaria.

^bMedicina Familiar y Comunitaria.

Tutor de residentes.
Centro de Salud Segovia I. España.

man effects on balance, bone mineral content, fecal and urinary excretion. Acta Psychiatr Scand 1982;66:361.

6. Nordenstrom J, Elvius M, Bagedahl-Strindlund M, et al. Biochemical hyperparathyroidism and bone mineral status in patients treated long-term with lithium. Metabolism 1994;43:1563.

Grado de intervención en tabaquismo en el medio rural

El tabaquismo es la principal causa aislada de morbilidad prematura y evitable en los países desarrollados¹. La tendencia actual en España es el incremento de muertes atribuibles al consumo de tabaco². El sistema de atención primaria constituye un marco adecuado para realizar intervenciones en tabaquismo³, ya que ofrece una atención continuada y permanente; es un medio muy accesible a la población y desarrolla actividades de prevención y promoción de la salud que pretenden modificar estilos de vida no saludables como el consumo de tabaco⁴.

Objetivo. Evaluar la información recogida en las historias clínicas sobre el consumo de tabaco.

Diseño. Estudio epidemiológico observacional retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de salud en el medio rural con una población atendida de 950 habitantes.

Participantes. Pacientes que han acudido a la consulta de atención primaria entre 1993 y 2001.

Mediciones principales. La unidad de análisis es la historia clínica. Se revisaron en las historias las siguientes variables: sexo, edad, consumo de tabaco, cigarrillos/día, enfermedades crónicas diagnosticadas y registro de consejo tabáquico.

Resultados. Fueron revisadas 704 historias clínicas, el 8% (58) no presenta registro tabáquico. Del resto (n = 646), el 28% (182) son fumadores, el 39% de los varones y el 13% de las mujeres. En el grupo de 16 a 25 años (n = 103), el 44% (45) no

Palabras clave: Hiperparatiroidismo. Litio. Hipercalcemia. Trastorno bipolar.

Palabras clave: Tabaquismo. Atención primaria. Salud rural.

presenta registro; del resto (58), el 38% (22) son fumadores y el 62% (36) son no fumadores. En el grupo de 26 a 45 años ($n = 193$), el 2% (4) no presenta registro; del resto (189), el 49% (92) son fumadores, el 49% (92) no fumadores y el 2% (5) ex fumadores. En el grupo de 46 a 65 años ($n = 187$); el 4% (7) no presenta registro, del resto (180), el 26% (46) son fumadores, el 66% (120) no fumadores y el 8% (14) ex fumadores. De los mayores de 65 años ($n = 221$); el 1% (2) no presenta registro, del resto (219), el 8% (17) son fumadores, el 70% (154) no fumadores y el 22% (48) ex fumadores. El 26% de los fumadores consume menos de 10, el 37% entre 10 y 20 y el 37% más de 20. El 25% de los fumadores presenta diagnóstico de alguna enfermedad crónica en la que dejar de fumar forma parte del tratamiento. En el 37% de los pacientes fumadores existía registro de intervención mínima de deshabituación tabáquica.

Discusión y conclusiones. La recogida de datos referentes a tabaquismo es muy deficiente en el grupo de edad de 16 a 25 años. Esta situación obliga a mejorar el registro en el grupo de edad más joven para intentar frenar su iniciación y mantenimiento en el consumo de tabaco⁵. Por otra parte, en la consulta de atención primaria se realiza un seguimiento protocolizado de los pacientes que presentan patologías crónicas; sin embargo, observamos un alto porcentaje de casos en los que existe ausencia de intervención tabáquica o se trata de fumadores en los que el consejo mínimo no ha sido una intervención eficaz. En estos fumadores debemos reforzar el consejo, mejorar el seguimiento e individualizar el tratamiento para conseguir que dejen de fumar⁶.

**L. Dieste^a, I. Nerín^b,
A. Crucelaegui^c y A. Mas^c**

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rural.

^bProfesora del Departamento de Medicina y Psiquiatría. ^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Medicina (FMZ). Universidad de Zaragoza. España.

1. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, et al. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc) 1997;109:577-82.

2. Banegas JR, Díez L, Rodríguez F, González J, Graciani A, Villar F. Muertes atribuibles al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001;117:693-4.
3. Subías P, García-Mata JR, Perrila L y Grupo de Evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. Aten Primaria 2000;25:383-9.
4. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. Aten Primaria 1993;12:86-90.
5. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. Med Clin (Barc) 1996;107:706-10.
6. Hernández MA, Torrecilla M, Barrueco M. Individualización del tratamiento: deshabituación tabáquica en situaciones especiales. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan, 2001; p. 209-25.

Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión

Introducción. El aumento de la población anciana es consecuencia del incremento de la esperanza de vida, presentando una elevada prevalencia de enfermedades crónicas e invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar. Llamamos cuidador principal (CP) a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes¹. La tarea de cuidar conlleva una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir².

Objetivo. Conocer el perfil del CP de nuestro programa de atención domiciliaria, así como las consecuencias para su propia salud y posibles factores de riesgo asociados.

Diseño. Estudio observacional transversal.

Emplazamiento. Área básica de salud urbana (ABS) y docente que atiende a 20.000 habitantes aproximadamente.

Participantes. Muestra consecutiva de 58 pacientes adscritos al programa de atención domiciliaria de nuestro ABS. Rechazamos aquellos pacientes institucionalizados o aquellos cuyo CP era un profesional contratado.

Medidas e intervenciones. Mediante encuesta telefónica recogemos las variables del cuidador: edad, sexo, estado civil, parentesco, tiempo que lleva ejerciendo como CP, la ayuda que recibe y si presentaba problemas de insomnio. Se administra la escala de ansiedad-depresión de Golberg (EADG)³, que permite clasificar a los sujetos en *normal*, *probable ansiedad* (≥ 4 en la subescala ansiedad), *probable depresión* (≥ 2 en la subescala depresión) y *probable caso de malestar psíquico* cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas. Se recogen también los datos del paciente a su cuidado: edad, sexo, patología crónica, años desde el inicio de los cuidados y grado de deterioro (según escala Barthel).

Resultados. Los 58 CP estudiados tenían una edad media de 57,3 años (DE, 13,4) siendo el 89,3% mujeres y el 10,8% varones. El CP era el cónyuge del enfermo en un 34,5% (16 mujeres y 4 varones), un hijo/a en un 58,6% (32 mujeres y 2 varones) y en un 6,9% era un hijo/a político (4 mujeres). El tiempo medio que llevaban ejerciendo de CP fue de 6,8 años (intervalo, 2 meses a 30 años). Un 72,2% de cuidadores declaraba no recibir ninguna ayuda en el cuidado del paciente. Sólo un 16% trabajaba fuera de casa. Un 31% tenía problemas de insomnio. La edad media del paciente que tenía a su cuidado era de 79,7 (DE, 12,04). La escala de dependencia de Barthel fue: el 14,2% independientes, el 44,6% tenían una dependencia leve-moderada y el 41,1% tenía dependencia grave-total.

En 31 sujetos se detectó una probable ansiedad mediante la EADG, 32 presentaban una probable depresión y 23 sujetos tenían ansiedad y depresión simultáneamente. En un total de 41 CP se diagnosticó un probable malestar psíquico.

Conclusiones. El rol de cuidador principal puede ser estresante, destacando que un 71,4% de cuidadores principales está en situación de malestar psíquico. Por su alta vulnerabilidad, el médico de familia debe encaminar sus esfuerzos a una detección precoz para detectar cualquier situación de riesgo⁴. Así, en caso de confirmarse, apor-

Palabras clave: Cuidador. Ansiedad. Depresión.

tar los consejos y recursos necesarios para aliviar esta situación; en definitiva, cuidar al cuidador.

**J. Gálvez Mora^a, E. Ras Vidal^a,
I. Hospital Guardiola^a
y A. Vila Córcules^b**

Médicos de Familia. ^aÁrea Básica de Salud Valls-Urbà. Tarragona. España. ^bServicio de Atención Primaria (SAP) Tarragona-Valls. España.

1. Lago Canzobre G. Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador en el paciente con demencia. [en línea] [26-6-02]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/cuidador.htm
2. Caballé E, Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Aten Primaria* 1999;23:493-5.
3. Serrano P. Depresión. En: semFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: EDIDE, 2001;37:117-9.
4. Ramírez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care: The carers. *BMJ* 1998;316:208-11.

Doctor, se nos ha roto el preservativo. ¿Sabe usted a qué puede deberse?

Introducción. Por todos es conocido que el preservativo masculino se suele romper con relativa frecuencia, no existiendo ningún trabajo en nuestro medio donde se estudien a fondo las causas de dichos «accidentes»^{1,2}.

Objetivos. a) Conocer si se ha hecho un uso adecuado del preservativo en las parejas que relatan que se les ha roto, y b) identificar los factores a que se asocia dicha rotura del preservativo.

Diseño y emplazamiento. Se trata de un estudio observacional mediante encuesta realizada en un centro de salud de la periferia de nuestra ciudad, que atiende un total de 19.000 habitantes, incluyendo el servicio normal de urgencias que atiende a dicha población. Su duración es de 14 meses.

Participantes. Fueron incluidos un total de 94 casos de rotura de preservativo mientras mantenían una relación heterosexual (excluimos a los homosexuales).

Intervenciones. Se trata de una encuesta autoadministrada al acabar la consulta cu-

yo motivo era rotura de preservativo al realizar el acto sexual. Siempre se solicitaba el consentimiento informado previo. La encuesta era rellenada por el paciente que consultaba y en el caso de que consultasen ambos miembros de la pareja se seleccionaba uno aleatoriamente (mediante tabla de números aleatorios). Se informaba de la confidencialidad del estudio y de los datos. La encuesta debía ser rellenada en un máximo de 30 min^{3,4}.

Mediciones principales. Las variables estudiadas se agruparon en las siguientes categorías: edad (< 15, 15-25, 25-35, > 35), pareja sexual habitual (sí o no), frecuencia de uso del preservativo el último año (1.^a vez, 2-10 veces, 11-50 veces, 51-100 veces, más de 100 veces), desenrolle total del preservativo (total o parcial), baja erección al aplicarlo (sí o no), uso no vaginal (sí o no), larga e intensa actividad sexual (sí o no), conocimiento de las instrucciones sobre el uso del preservativo (sí o no), uso de lubricantes inapropiados (sí o no), marca (Durex, Control, Androtex u otros), tiempo en semanas desde que fue adquirido (menos de 1, 1-4, 4-12, 13-50 o más de 50 semanas), lugar de compra (farmacia, gran almacén, expendedor automático) y exposición prolongada al sol o altas temperaturas (sí o no). Aclarar que dentro de las marcas se ha incluido en la categoría «otros» a aquellos que tienen una menor introducción en el mercado para no introducir sesgos, ya que en caso contrario las marcas con menor introducción presentarían una menor incidencia de roturas. Se considera uso no vaginal cuando tras la colocación del preservativo se ha realizado penetración anal o felación. Larga e intensa actividad sexual la definimos cuando el paciente lleva colocado el preservativo durante más de 30 min y refiere haber realizado un esfuerzo físico intenso. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante comparación de medias (t de Student) y se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 6.0). La prueba de ji cuadrado fue utilizada para analizar las variables categóricas y los datos continuos fueron examinados mediante la t de Student o el ANOVA.

Resultados. Obtenemos que sólo el 2,1% de las roturas se produce en mayores de 35 años, produciéndose el 44,7% en los de 15 a 25 años y 39,4% en los de 25 a 35 años.

En el 55,3% de los casos el paciente había utilizado un preservativo en más de 100 ocasiones el último año. El 93,6% de los consultantes conocía correctamente el uso del preservativo. La intensidad de la relación sexual la definieron como alta el 95,8% de los pacientes. Respecto a las instrucciones para el correcto uso del preservativo las conocían el 93,6% de los consultantes y sólo el 12,8% utilizó lubricante exógeno. Centrándonos en el tipo y la conservación del preservativo, llama la atención que el 81,9% había sido comprado hacía menos de una semana; tenía más de 50 semanas sólo el 1,1%. La mayoría (72,3%) fue comprada en expendedores automáticos, frente a un 14,9% adquirido en farmacia y 12,8% en grandes almacenes. La totalidad de los datos aparecen reflejados en la tabla 1.

Discusión y conclusiones. El diseño de nuestro estudio no permite conocer la incidencia total de dichas roturas, ya que solamente analizamos a los pacientes que acuden a nuestra consulta por este motivo. Resaltar que los que más se han roto han sido los comprados en expendedores automáticos (72,3%), frente a una menor incidencia en los adquiridos en farmacia y grandes almacenes; esto puede explicarse por una peor conservación de los preservativos depositados en los expendedores automáticos, ya que en ocasiones están situados a la intemperie o en lugares con altas temperaturas que pueden dañar el látex. En cambio, en las farmacias y grandes almacenes se suelen cuidar más las condiciones de conservación, por lo que la incidencia de fallos es menor. A modo de conclusiones debemos insistir para que nuestros pacientes conozcan correctamente las instrucciones de uso de los preservativos, así como recomendarles no adquirir preservativos en expendedores automáticos, salvo que los necesiten con urgencia. Sería de interés realizar nuevas investigaciones en este campo para conocer la incidencia real en nuestro medio de estas roturas^{5,6}.

**M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^b, J. Martínez Crespo^c
y M. Mena Molina^c**

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España. ^bMédico Internista. Centro de Salud de San Andrés. Murcia. España. ^cDUE. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España.

TABLA 1. Resultados del estudio

	n	(%)
Pareja sexual habitual	82	87,2
Frecuencia de uso (último año)		
Una vez	1	1,1
2-10	3	3,2
11-50	16	17,0
51-100	22	23,4
> 100	52	55,3
Desenrolle del preservativo		
Total	89	94,7
Parcial	5	5,3
Grado de erección al aplicarlo		
Normal	94	100,0
Uso no vaginal	12	12,8
Larga e intensa actividad sexual	90	95,8
Conocimiento de las instrucciones de uso	88	93,6
Uso de lubricantes inapropiados	12	12,8
Tiempo desde la adquisición (semanas)		
< 1	77	81,9
1-4	10	10,6
4-12	4	4,3
13-50	2	2,1
> 50	1	1,1
Lugar de compra		
Farmacia	14	14,9
Gran almacén	12	12,8
Expendedor automático	68	72,3
Exposición prolongada al sol	10	10,6
Marca		
Control	27	28,7
Durex	24	25,5
Androtex	19	20,2
Otros	25	26,6
Edad		
< 15 años	13	13,8
15-25 años	42	44,7
25-35 años	37	39,4
> 35 años	2	2,1

1. Richters J, Donovan B, Gerofi J. How often do condoms break or slip off in use? *Int J STD AIDS* 1993;4:90-4.
2. Steiner M, Piedrahita C, Glover L, Joannis C. Can condom users likely to experience condom failure be identified? *Fam Plann Perspect* 1993;25:220-3.

3. Carey RF, Lytle CD, Cyr WH. Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sex Transm Dis* 1999;26:216-20.
4. Richters J, Gerofi J, Donovan B. Why do condoms break or slip off in use? An exploratory study. *Int J STD AIDS* 1995;6:11-8.
5. Stratton P, Alexander NJ. Prevention of sexually transmitted infections. Physical and chemical barrier methods. *Infect Dis Clin North Am* 1993;7:841-59.
6. Trussell J, Duran V, Shochet T, Moore K. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000;95:267-70.

Confusión sobre la independencia de un factor pronóstico: a propósito de la presión de pulso

Sr. Director: Recientemente se ha publicado en su revista un trabajo sobre HTA por parte del Grupo de Oviedo de Hipertensión¹, acerca del cual nos gustaría formular algunas precisiones, aun cuando celebramos que un grupo de colegas lleve a cabo un nuevo estudio de corte poblacional sobre un tema como la HTA, por cuanto supone de trabajo e inquietud.

Llama la atención que el objetivo descrito se centre en la valoración del significado clínico y valor pronóstico de una variable, y que para ello se habilite un estudio descriptivo y transversal que nunca podría aportar elementos de peso en dicho análisis (sólo válido para identificar asociaciones y formular hipótesis que requerirán de estudios analíticos adicionales que demuestren causalidad). También destaca que se hable de datos obtenidos de una muestra cuya representatividad poblacional no queda demostrada (desconocemos método de selección de áreas sanitarias, centros de salud y cupos participantes; no se facilita cobertura de tarjeta sanitaria individual; no sabemos si la población de Oviedo está constituida por un 64% de mujeres; y no se han reemplazado las pérdidas [18,5%], hecho que ha podido mermar la potencia de las estimaciones, restándole significación a algunas variables que sí podrían tener importancia en el método, amén de no indicar características de riesgo cardiovascular [CV] para dichas pérdidas). Al margen de algunos errores (¿tipográficos?), resulta llamativo que como criterios

diagnósticos de diabetes (DM) y dislipemias no se sigan las guías más comúnmente utilizadas, y que sí se han adoptado para HTA²⁻⁴, hecho que contrasta con las elevadas prevalencias detectadas (HTA, 64%, DM, 18,7; enfermedad CV, 20,5%).

Otros aspectos requieren consideración especial. La medida de tendencia central empleada tal vez no es la más apropiada para estas distribuciones (valores muy extremos); qué se quiere indicar con «control de la PA» (oscila desde un ¿%? de 95 a 8,6 según tercil de presión de pulso [PP]), máxime si tenemos en cuenta que en modo alguno se alude a ello, ni al tratamiento antihipertensivo seguido, en el resto del estudio; se elucubra con la asociación a la PP de variables como la edad, presión arterial sistólica (PAS), y enfermedad CV, que pueden formar parte de la propia entidad o ser factor causal de dicha variable⁵⁻⁷.

Con respecto a la regresión logística: ¿cabría incluir variables con relevancia clínica pese a carecer de significación estadística? ¿cuál es la repercusión de OR de 1.051 y 1.046, por más que su *p* sea < 0,05? ¿Aclararían aspectos de este modelo pronóstico otros factores de riesgo CV? ¿Por qué perder información con el establecimiento de categorías en variables cuantitativas cuando el método estadístico elegido permite trabajar con ambas como variables independientes? ¿No sería necesario considerar la presencia de variables modificadoras de efecto y de interacciones? (véase edad y PP). ¿El resultado de la correlación que los autores realizan no confirmaría este último aspecto? (se correlaciona una variable supuestamente independiente con elementos de definición de ésta: PP, PAS, PAD). Por lo demás, se echa en falta la validación del modelo de pronóstico construido, a la par que datos de sensibilidad, especificidad, y punto de corte utilizados en este estudio. Finalmente, la discusión se inicia con una aseveración arriesgada y no demostrada en este estudio (imposible de alcanzar con el diseño empleado). Además de ello, la mayor parte de la discusión se libra con un estudio poblacional americano⁸, de corte analítico, con seguimiento de 16,5 años, ajustando los resultados por la edad, seguimiento y ajuste no llevados a cabo en el estudio discutido (se parte de una población de mayor edad).

Estamos totalmente de acuerdo con lo indicado por los autores en el último párrafo de su estudio, y les invitamos a que, por medio de un estudio prospectivo en población anciana, demuestren cuanto aquí han anticipado.

**I. López Rodríguez^a
y M.P. Rodríguez Ledo^b**

^aDoctor en Medicina. Centro de Salud de Begonte. Lugo. España.

^bMáster en Estadística en Ciencias de la Salud. Centro de Salud de Seoane de Caurel. Lugo. España.

1. Villa Estébanez R, Tranche Iparraguirre S, Marín Iranzo R, Prieto Díaz MA, Hevia Rodríguez E, por el Grupo O viedo de Hipertensión. *Aten Primaria* 2002;30: 374-80.
2. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Sixth Report. NIH Pub No 98-4080, Bethesda, MD: Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care* 1999;22 (Suppl 1):S32-41.
4. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Full Report. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2002.
5. Calvo C. Conducta a seguir ante la hipertensión sistólica aislada. En: Coca A, de la Sierra A, editores. *Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso*. Barcelona: Editorial Médica JIMS SL 2002; p. 197-208.
6. Staessen JA, Thijs L, O'Brien ET, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Fagard RH, et al. Ambulatory Pulse Pressure as Predictor of Outcome in Older Patients With Systolic Hypertension. *AJH* 2002;15:835-43.
7. Casiglia E, Mazza A, Tikhonoff V, Scarpa R, Guglielmi F, Pessina A. Arterial Hypertension and Mortality in the Elderly. *AJH* 2002;15:958-66.
8. Domansky M, Norman J, Wolz M, Mitchell G, Pfeffer M. Cardiovascular risk assessment using pulse pressure in the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Hypertension* 2001;38:951-8.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Deseamos agradecer el interés que han mostrado el Dr. Rodríguez López y su colaborador en relación con nuestro trabajo sobre la presión de pulso como marcador de riesgo cardiovascular en población anciana. No obstante, queremos hacer alguna observación sobre sus comentarios.

Ya en la discusión de nuestro trabajo se exponen dos limitaciones: por un lado la imposibilidad de los estudios transversales de establecer relaciones causales y, por otro, que el estudio evalúa una muestra reducida de población representativa de otra más amplia, por lo que proponemos la realización de futuros estudios epidemiológicos prospectivos en población anciana.

La asociación entre la presión de pulso, edad, presión arterial sistólica y patología cardiovascular encontrada ha sido ratificada en estudios poblacionales más amplios, tanto en población general como hipertensa¹⁻⁵.

La metodología del cálculo del tamaño muestral determina que sea representativa de la población total estudiada (n = 8.026). No queremos afirmar que esta población mayor de 60 años se corresponda con la población anciana española ni asturiana, sino que los resultados de la muestra son representativos de la población general de nuestro estudio. No se realizó apareamiento por edad y sexo, sino que se valoró población total mayor de 60 años, y son escasos los estudios que incluyan una población tan amplia.

Los criterios diagnósticos que propone el Dr. Rodríguez López no habían sido aún reconocidos por las Sociedades Españolas de Diabetes y Arterioesclerosis, respectivamente, cuando se realizó el diseño y posterior desarrollo del estudio (año 2000). Además, muchos pacientes que estaban etiquetados como diabéticos tipo 2 lo habían sido con los criterios definidos en el trabajo. Entendemos por control de la presión arterial una presión arterial sistólica y diastólica inferiores a 140 y 90 mmHg, respectivamente; y así es fácil de entender, con un cálculo matemático mínimo, que a mayor presión de pulso (> 66 mmHg) peor control de la presión arterial. Por otra parte, los pacientes del tercio alto de presión de pulso son más mayores,

presentan una presión arterial sistólica más elevada y una prevalencia de HTA casi el doble que los del perfil bajo, por lo que el control de la presión arterial es más difícil de conseguir.

En relación con la regresión logística empleada, si bien es cierto que a la hora de realizar el modelo se podrían haber incluido otras variables con relevancia clínica, creímos conveniente incluir sólo aquellas que hubiesen sido significativas en los análisis univariantes previos, tal como nos habíamos propuesto en la metodología inicial del estudio, ya que de haberlo hecho de otro modo se hubiera introducido un mayor grado de subjetividad en el trabajo y en el análisis final de los resultados. En cualquier caso, en otros modelos de regresión logística realizados, teniendo en cuenta este hecho, así como la posible colinealidad de algunas variables y el efecto de otros factores de riesgo cardiovascular, los resultados obtenidos fueron similares para los objetivos de nuestro estudio, por lo que se decidió exponer en los resultados el modelo que más se ajustaba a nuestro diseño.

Finalmente, se debe destacar que es el primer estudio realizado en España en población anciana que trata de establecer una posible relación entre la presión de pulso y la patología cardiovascular, sin determinar una relación causal, pero encontrando una asociación que ha sido demostrada en estudios poblacionales prospectivos.

**R. Villa Estébanez^a, S. Tranche Iparraguirre^a, R. Marín Iranzo^b,
M.A. Prieto Díaz^c
y E. Hevia Rodríguez^d**

^aCentro de Salud El Cristo. Oviedo (Asturias). España. ^bServicio de Nefrología.

Unidad de Hipertensión. Hospital Covadonga. Oviedo (Asturias). España.

^cCentro de Salud de Vallobin-Concinos. Asturias. España. ^dCentro de Salud de Cabañaquinta. Asturias. España.

- 1 Benetos A, Rudmichi A, Safar M, Guizel L. Pulse pressure and cardiovascular mortality in normotensive and hypertensive subjects. *Hypertension* 1998;32:560-4.
- 2 Domansky MJ, Davis BR, Pfeffer MA, Kastantin M, Mitchell GF. Isolated systolic hypertension. Prognostic information provided by pulse pressure. *Hypertension* 1999;34:375-80.

3. Franklin SS, Khan SA, Wong ND, Larson MG, Levy D. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999;100:354-60.
4. Domanski M, Norman J, Wolz M, Mitchell G, Pfeffer M. Cardiovascular risk assessment using pulse pressure in the first national health and nutrition examination survey (NHANES I). *Hypertension* 2001;38:793-7.
5. Casiglia E, Tikhonoff V, Mazza A, Piccoli A, Pessina AC. Pulse pressure and coronary mortality in elderly men and women from general population. *J Hum Hypertens* 2002;16:611-20.

Que muchos investiguen poco y pocos investiguen mucho

Sr. Director: Recientemente el Ministerio de Sanidad ha hecho público el mapa de la actividad científica en ciencias de la salud que se desarrolla en España¹. Nos muestra la producción científica por comunidades, por hospitales, etc. También la escasa presencia de la atención primaria (AP) en ese mapa. Sobre la investigación en AP se ha repetido que ahora se investiga más que antes, pero sigue siendo característico: *a)* que de los recursos que se destinan a la investigación sólo una ínfima parte van a parar a los profesionales de AP, a proyectos que se desarrollan en la AP, o a investigación que sea aplicable a la AP, es decir pasan de largo de la AP, y *b)* consecuencia o causa de lo anterior, el producto de la investigación en AP está lejos del de otros niveles asistenciales, e incluso diría de la propia AP. La investigación en AP ha cambiado, pero sobre todo lo ha hecho en cantidad. Se investiga mucho más, pero no tanto mucho mejor. Un editorial del Butlletí de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears² describía las dos investigaciones que actualmente conviven en el mundo sanitario. Una, la «investigación profesional», cada vez más regulada e institucionalizada y que se diferencia cada vez más de la actividad clínica. La otra, la «investigación extendida», es la que practican cada día muchos profesionales de la salud y que forma parte de su propio ejercicio. Creo que el cambio experimentado en la investigación en AP se ha producido principalmente en esta extensión. Claro que no

todos tienen incorporada esta actitud investigadora a su práctica cotidiana, pero sí que hoy día son cada vez más los profesionales que aceptan como un valor mantener una actitud investigadora (acercar el método científico a la práctica diaria, incorporar los avances que se van produciendo, y preguntarse sobre la efectividad de algunos cuidados basados en la tradición y la rutina).

Diría que las estructuras de soporte a la investigación creadas en primaria o las propias unidades docentes de medicina de familia y comunitaria han tenido un impacto importante en esta investigación, en el incremento de la cantidad (cerca de 1.000 comunicaciones son enviadas anualmente a los congresos nacionales de la semFYC), pero menor a la hora de aumentar la posición del producto de esta investigación. Y es que la contribución científica de la investigación de nuestra AP, medida por los mismos indicadores que el conjunto, sigue siendo marginal.

La reciente convocatoria de redes y centros del Instituto de Salud Carlos III ha provocado un movimiento sin precedentes de profesionales, equipos y responsables de centros de investigación para quedar bien situado. Y el trabajo que hemos tenido los profesionales de AP para salir en la foto (sin que ésta se afee, claro). Aquí no había sentimentalismo proteccionista para considerar e integrar la AP y eras recibido, como todos, con una pregunta fría y seca: ¿qué factor de impacto aportas? Y qué difícil era encontrar en esa enorme lista de revistas (alguna de nombre inimaginable) las que habíamos publicado para sumar unos pocos decimales.

Es conocido que el «factor de impacto», como instrumento que mide la contribución científica, no favorece la clínica, y aún menos la AP, pero el argumento que lo respalda es demoledor: esto es lo que hay. Es lo que se emplea y, por tanto, sin alternativas si queremos competir en convocatorias abiertas.

¿Cómo cambiar la situación? Pregunta previa: ¿ha de existir esta investigación («la profesional») en AP? No creo que tengamos que ser diferentes del conjunto de ciencias precisamente en esto, pero golpea las bases de algunos principios históricos.

Es descorazonador comprobar la vigencia de las propuestas que han ido abordando el tema en los editoriales de hace una década en esta revista³⁻⁵. Destaco uno: la necesidad de líneas estables. Coletillas que de

tanto repetir van perdiendo sentido y comienza a ser poco atractivo hurgar en ellos después de tanto tiempo de convivencia.

Que muchos investiguen un poco nos ha permitido avanzar en muchos aspectos. Tenemos una investigación extendida como era difícil de imaginar al inicio de nuestra especialidad. Pero el gran cambio de la otra investigación sólo será posible con la mayor dedicación de unos pocos. Médicos de familia que quieren y pueden invertir dentro del horario laboral o fuera de éste más tiempo y esfuerzos a la investigación. La parte complicada es evidentemente cómo encajarlo en nuestra AP actual, pero seguramente es necesario un debate previo sobre si la AP debe entrar o no en esta competencia y que todos asumamos los cambios que conllevaría. Pues la propuesta pasa por diferenciar a los profesionales, y por tanto con posibles efectos indeseables que una política de este tipo tendría para los (otros) profesionales. Sin despreciar esa otra investigación extendida, sin dejar de potenciarla, ni en el ámbito individual, ni mucho menos en el ámbito colectivo, estamos ante una elección. Pero en estos momentos creo que potenciar la investigación en AP, más que aumentar la extensión o porcentaje de sus profesionales dedicados a esta tarea, pasa por incrementar mucho la de unos pocos. Saldrá ganando la AP. Saldremos ganando todos.

S. Juncosa Font

Unidad Docente de MFyC Centre del Institut Català de la Salut. Terrassa (Barcelona). España.

1. Camí J, Suñen E, Carbó JM, Coma L. Producción Científica Española en Biomedicina y Ciencias de la Salud (1994-2000). Informe del Instituto de Salud Carlos III-Fondo de Investigación Sanitaria. Disponible en: <http://www-esciii.es/sgis/mapa>
2. Editorial. Reflexions elementals sobre la recerca. Butlletí d'Activitats de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1999;41:1.
3. Martín Zurro A. Investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1988;5: 65-6.
4. Melguizo Jiménez M, López Fernández LA. La investigación en atención primaria. *Aten Primaria* 1991;8:359-60.
5. Jiménez Villa J. Evolución de la investigación en atención primaria. *Aten Primaria* 1993;11:115-6.