

## No nos toman en cuenta porque no nos conocen

**Sr. Director:** Desde hace ya unos años estamos asistiendo al debate sobre el papel de la medicina de familia (MF) en la universidad. Nada más positivo, pero, en mi opinión, el enfoque dado en la mayor parte de los casos no es del todo correcto. Se insiste en que debe ser una asignatura dentro de la carrera, de acuerdo, pero sigue siendo insuficiente para abordar los problemas fundamentales del aprendizaje de ese arte que continúa siendo la medicina.

1. Estudiamos en facultades que basan su enseñanza en el medio hospitalario. Esto hace que sólo se nos muestren los casos seleccionados que suponen los pacientes hospitalarios, no los casos más frecuentes, los que vamos a tratar el 50% de los licenciados. Además, este concepto de enseñanza obvia los temas fundamentales del nuevo médico que demanda la sociedad: humanización de la atención, prevención primaria, control de los factores de riesgo, implicaciones de la comunidad, papel de la familia en la salud y en la enfermedad, calidad asistencial..., es decir, precisamente en lo que los médicos de familia somos especialistas.

2. Desafortunadamente, la universidad, en demasiadas ocasiones, ha inculcado entre sus alumnos la idea de que la carrera es únicamente un medio para obtener una nota alta en el examen MIR que permita la elección de una buena especialidad; la MF es una especialidad de reserva, para quien no puede aspirar a otra de mayor categoría (en el posgrado ocurre algo similar).

3. Como consecuencia de ello, existe la tendencia a formar especialistas que no conocen nada más allá de su pequeño mundo. No se tiene en cuenta que el paciente no es sólo un hígado, un corazón..., sino un todo, un sistema biológico condicionado por una psicología propia, un entorno social determinado y unas expectativas y vivencias únicas. Me pregunto si parte de la mejor visión que tiene la población de la atención primaria (al menos en Castilla-La Mancha) respecto a la atención especializada se debe a que, mayoritariamente, tenemos presente todo lo anterior.

Esta situación me lleva a revindicar no sólo la vuelta de la MF a la universidad (al fin y al cabo fue la medicina general la que ini-

ció nuestras facultades), sino también un papel en la formación de posgrado de todas las especialidades. Debemos ser protagonistas junto al resto de las grandes áreas del conocimiento médico, no sólo comparsas de acompañamiento.

Pero aún iría más allá, los médicos de familia tenemos la obligación de mantener el papel protagonista en nuestra propia formación continuada. Existen muy pocos temas en los que precisemos docencia desde el segundo nivel. Así lograremos un aprendizaje dirigido a nuestra función, dado que pocos especialistas de otros campos son capaces de tener en cuenta las características de nuestra especialidad, precisamente porque no nos conocen.

Esto no quiere decir en ningún caso que podamos prescindir de una relación directa con nuestros compañeros del segundo nivel asistencial. Por el contrario, ésta ha de ser intensa; por eso hemos de conocernos a fondo, empezando en la facultad. De este modo conseguiremos una mayor comprensión entre nosotros, y mejorar la asistencia al paciente, que al fin y al cabo es nuestro fin.

**G. Alejandre Lázaro**

SESCAM, EAP de Consuegra. Toledo.  
España.

## El diseño de casos y controles es superior al diseño transversal para el estudio de hipótesis causales

**Sr. Director:** Buñuel et al emplean un diseño transversal para estudiar la asociación entre los accidentes de tráfico no letales y el consumo de tabaco<sup>1</sup>. Es indudable que los estudios transversales contribuyen a la identificación de grupos de riesgo y pueden ser la vía para una primera aproximación en el estudio de asociaciones entre los problemas de salud y los factores de exposición. No

obstante, como bien señalan Buñuel y Cols. en la discusión de su artículo, un estudio transversal no permite establecer asociaciones de causalidad directa, por eso sorprende mucho que los autores hayan utilizado ese diseño, aun cuando existen antecedentes de abordajes del tema mediante estudios de casos y controles<sup>2,3</sup>, los cuales, como estudios analíticos, resultan más adecuados que los estudios descriptivos para el estudio de hipótesis etiológicas<sup>4</sup>. Los estudios de prevalencia (o transversales), a diferencia de los estudios de casos y controles, tienen en cuenta sólo los casos prevalentes, no los incidentes, por lo que las relaciones entre el hábito de fumar y los accidentes de tráfico en supervivientes no tienen por qué extenderse a los casos de fallecidos por accidentes que, obviamente, no se incluyeron en el estudio. Por otra parte, la dirección causal es difícil de determinar dado que una persona puede modificar su hábito de fumar después del accidente de tráfico. Más aun, con un diseño de casos y controles, se optimiza el esfuerzo de investigación, pues la selección de los casos y la de los controles exigen una hipótesis previa, con su cálculo correspondiente del tamaño de muestra.

Otra cuestión que merece cierta consideración es que el desarrollo de estudios transversales requiere, por lo general, el uso de un muestreo probabilístico o aleatorio, que no aparece definido en el artículo. Si la muestra no es representativa de la población diana, los hallazgos difícilmente se podrán aplicar al conjunto de la población general.

También nos llama la atención que en la tabla con los datos del análisis bivariante, los autores no presentaran las *odds ratio* para las variables estudiadas, con lo cual los resultados habrían aportado una significación clínica y no sólo estadística. Los valores de *p* no tienen mucho sentido si no se acompañan de una medida del efecto.

Creemos que todas estas limitaciones restan validez al estudio y cuestionan las conclusiones expuestas.

**M. Solís-Muñoz<sup>a</sup>, M. Guevara Eslava<sup>b</sup>, I. Millán Santos<sup>c</sup> y F. García López<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

<sup>b</sup>Unidad de Nutrición. Hospital de la

Princesa. Madrid. <sup>c</sup>Unidad de Bioestadística.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

**Palabras clave:** Tabaquismo. Accidentes por vehículos a motor. Estudio transversal. Estudios de casos y controles.

1. Buñuel Granados JM, Córdoba García R, Del Castillo Pardo M, Álvarez Pardo JK, Monreal Hijar A, Pablo Cerezuela F. Consumo de tabaco y accidentes de tráfico no fatales. Aten Primaria 2003;31: 349-55.
2. Guibert R, Duarte-Franco E, Ciampi A, Potvin L, Loiselle J, Philibert L. Medical conditions and the risk of motor vehicle crashes in men. Arch Fam Med 1998;7: 554-8.
3. Brison RJ. Risk of automobile accidents in cigarette smokers. Can J Public Health 1990;81:102-6.
4. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud Pública de México 2001;43:135-50.

## Respuesta de los autores

**Sr. Director:** En relación con los comentarios sobre el artículo aparecido en ATENCIÓN PRIMARIA sobre tabaco y accidentes de tráfico<sup>1</sup>, deseamos hacer las siguientes consideraciones:

En primer lugar, agradecer su interés a los autores de los comentarios (Solís Muñoz et al), lo cual significa siempre un estímulo y un alivio al comprobar que alguien tiene interés en leer lo que publicamos y animar el debate científico.

Deseamos confesar que lo que plantean los autores del comentario es correcto, aunque no estamos dispuestos a admitir que nuestro trabajo, concluido con no pocos esfuerzos, sea «papel mojado» y que las conclusiones son cuestionables. El título de su carta es una obviedad que no merece mayor comentario. Nuestro trabajo ha sido realizado por médicos de atención primaria en el ámbito de esta especialidad, y así debe de entenderse. La población estudiada corresponde a personas demandantes de cuidados primarios en el servicio público de salud y los resultados no pueden extrapolarse a la población general, aunque

**TABLA 1. Distribución de la muestra y del total nacional de conductores por edades**

Edad (años)	Total	Porcentaje de la muestra	Porcentaje nacional
25-29	187	15,4	16,12
30-34	165	13,6	16,32
35-39	152	12,5	15,65
40-44	155	12,7	13,76
45-49	157	12,93	11,20
50-54	118	9,7	9,69
55-59	120	9,9	7,38
60-64	132	10,8	5,27

podemos asegurar que el 80% de ésta consulta en atención primaria durante el año en la ciudad donde se realiza el estudio. El diseño de casos y controles está indicado para problemas de baja prevalencia, categoría en la que no se incluyen los accidentes de tráfico ni el tabaquismo que, además, son más costosos de evaluar. ¿Hará falta que expliquemos las dificultades para obtener fondos de investigación en nuestro país, sobre todo para temas de prevención? Los estudios transversales tienen la ventaja de que se pueden realizar en grandes grupos de población, son menos costosos, permiten analizar diversos factores simultáneamente y tienden a encontrar una fuerza de asociación menor de la real, lo que favorece la hipótesis nula<sup>2</sup>. En nuestro estudio la asociación encontrada es elevada, con una secuencia temporal, consistente, plausible biológicamente (la intoxicación crónica por monóxido de carbono reduce algunas capacidades mentales) y coherente. Por otra parte, no había ningún estudio sobre este tema realizado en la población española, y son muy pocos los trabajos existentes en todo el mundo sobre este tema. En nuestro estudio, la intensidad de la asociación ( $OR = 2,22$ ) y la poca amplitud del intervalo de confianza (1,49-3,30) hacen sospechar seriamente la existencia de una relación causal. Por supuesto que se debería hacer un estudio prospecti-

vo de cohortes para confirmar esta causalidad, que no está plenamente confirmada por los numerosos factores de confusión que pueden influir, pero seguro que lo que menos repercute sobre ello es el hecho de que algunos conductores dejan de fumar en el período establecido entre la aparición del evento y la encuesta, porque esto sólo ocurre espontáneamente en el 1% de los fumadores cada año<sup>3</sup>. El muestreo se realizó en 8 centros de salud, se seleccionó aleatoriamente a los encuestados entre las personas que estaban esperando para ser consultadas y la estructura de la población muestral coincidía con el censo nacional de conductores (tabla 1)<sup>4</sup>. Evidentemente, en ciencias de la salud todo es discutible, puesto que no se trata de ciencias exactas. Incluso los ensayos clínicos aleatorizados y los metaanálisis pueden resultar discutibles y sus conclusiones son a menudo poco firmes y ambiguas. Finalmente, queremos recordar una sentencia de Giovanni Boccaccio dirigida a los individuos que convierten el perfeccionismo en una coartada para no emprender proyectos propios y criticar los ajenos: «Vale más actuar exponiéndome a arrepentirme de ello que arrepentirme de no haber hecho nada».

**J.M. Buñuel Granados, R. Córdoba García, M. del Castillo Pardo, J.L. Álvarez Pardo, A. Monreal Hijar y F. Pablo Cerezuela**

1. Buñuel Granados JM, Córdoba García R, Del Castillo Pardo M, Álvarez Pardo JL, Monreal Hijar A, Pablo Cerezuela F. Consumo de tabaco y accidentes de tráfico no fatales. Aten Primaria 2003;31:349-55.
2. Argimon JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1991.
3. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-99.
4. Censo Nacional de Conductores 1999. Disponible en: <http://www.dgt.es/boletin/boletin99/censo99.pdf>