

¿Es necesaria la industria farmacéutica en la actividad extraasistencial de los médicos de atención primaria?

Objetivo. El objetivo principal del estudio es describir la relación que se establece entre la industria farmacéutica (IF) y las actividades extraasistenciales de los médicos de atención primaria (AP).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Un total de 11 centros de AP de Barcelona y Tarragona.

Participantes. Médicos de AP.

Mediciones principales. Mediante un cuestionario específico dirigido a médicos de AP se analizaron: datos sociodemográficos y laborales, razones para recibir a la IF y frecuentación, utilidad de la bibliografía facilitada por la IF, actividades extraasistenciales financiadas por la IF y percepción subjetiva de la necesidad de la relación entre la IF y AP.

Resultados. De un total de 187 médicos de AP, 97 respondieron el cuestionario de forma completa (55% de respuestas). La edad media de los facultativos fue de $40 \pm 8,6$ años. El 52% era mujer. La media de años trabajados fue 5. El 73% tenía contrato fijo. El 56% era centros de gestión privada. Las principales razones para atender la IF fueron: recibir información de nuevos productos (38%) y por cortesía (27%). El 44% recibía a la IF 2-3 veces/semana. El 54% no consideraba útil la bibliografía facilitada por la IF. Las principales actividades financiadas por la IF fueron: cursos médicos (82%), libros médicos (81%) e inscripciones a congresos (81%). El 87% de los médicos de AP creía necesaria la relación con la IF.

Discusión y conclusiones. Las interacciones que se establecen entre la IF y los médicos de AP han sido discutidas en muchas publicaciones¹⁻³. En nuestro estudio, la mayoría de los médicos de AP (87%) se relacionan con la IF principalmente para la financiación de la autoformación médica y el 21% opinan que ésta debería ser financiada por la propia empresa. Otros estudios

abordan la necesidad de vehiculizar la financiación de estas actividades por la IF a través de sociedades científicas profesionales²; ahora bien, ¿quién controlaría al mediador responsable de estas relaciones?⁴. Otras publicaciones proponen la exclusión del componente lúdico de las actividades formativas². Todas ellas son opciones válidas que no se han llevado a la práctica en nuestro país y que podrían cambiar la percepción de la necesidad entre ambos colectivos en un futuro. Referente a la utilidad de la bibliografía facilitada por la IF, en nuestro estudio se percibe un desequilibrio en la visita médica entre los intereses promocionales de la IF y los intereses del médico (sólo el 48% de los facultativos considera útil la bibliografía facilitada por la IF). En el estudio elaborado por Accenture⁵, únicamente un 30% de los facultativos consideraba a la IF como fuente importante de información. En cambio, según un estudio realizado por el Foro de Comunicación para la Salud⁶, el 78% de los médicos encuestados reconocía la utilidad de la visita médica. Concluimos en que subyace un sentimiento y/o resentimiento por la escasa implicación de las administraciones sanitarias en la formación médica continuada, dejándola en manos de la IF.

Agradecimientos. Este trabajo ha sido posible gracias a los facultativos que en junio de 2004, trabajaron en los siguientes centros de atención primaria: CAP Olesa, ABS Vendrell, ABS Calafell, CAP Mataró, CAP Collblanc, ABS Jaime I Tarragona, CAP Les Planes, CAPSE, ABS Bonaplata, CAP Nova Moreda y CAP Les Corts.

M. Junyent Priu^a y J. Camp Herrero^b

^aCAP Les Corts. Hospital Clínic. Barcelona. España. ^bUrgencias Extrahospitalarias. CAP Les Corts. Hospital Clínic. Barcelona. España.

- Altisent R. Algo se está moviendo. Aten Primaria. 2004;34:13-4.
- Bayón Rueda A. El papel de la semFYC en la relación médico de familia/industria farmacéutica. Aten Primaria. 1997;20:339.
- Mur J, Vilardell M. Efectividad comercial de la industria farmacéutica. Rentabilidad para la industria y valor para los clientes. Med Clin (Barc). 2004;122:753-7.
- Foro de Comunicación para la Salud (Madrid). Informe: Publicidad médica en España. Libro Blanco de la Publicidad Médica en España 2003; 116. Disponible en: www.forosalud.com

Estudio de las gastroscopias solicitadas en un centro de salud

Objetivos. Determinar los motivos por los que se solicita una gastroscopia y los diagnósticos endoscópicos más frecuentes obtenidos, así como valorar la aceptación de este medio diagnóstico por los médicos de nuestro centro de salud, entendida como la utilización de dicha prueba durante el período de estudio.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de Atención Primaria de San José de Zaragoza que atiende a una población de edad ≥ 14 años de 34.190 personas.

Población. Todas las gastroscopias solicitadas en el período comprendido entre enero de 1995 y diciembre de 2003.

Medición. La unidad de análisis utilizada es la endoscopia digestiva alta, dado que a un mismo paciente podrían habérsele realizado distintas gastroscopias en momentos diferentes del período de estudio. Se incluyen las gastroscopias solicitadas, tanto con finalidad diagnóstica como de seguimiento de enfermedades ya conocidas.

Las endoscopias se realizan en el centro de especialidad de referencia, utilizando para esta valoración los registros informatizados de dicho centro de los que se obtienen los siguientes datos: edad y sexo del

Palabras clave: Industria farmacéutica. Atención primaria. Relaciones interinstitucionales.

Palabras clave: Gastroscopia. Atención primaria. Centro de salud.

TABLA 1 Gastroskopias solicitadas por los diferentes médicos en el período 1995-2003

Médico	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
1			3							3
2									2	2
3							11	11	4	26
4		1	1	2	3		2	1	1	11
5					1					1
6							7	4	3	14
7			1	1	4					6
8	2	7	6	8	3		5	3	7	41
9		2	6	5	3		2	1	2	21
10			2		5	2	4	1	3	17
11									5	5
12		4	5	3	2	5	1	7	6	33
13								5	7	12
Total	2	14	24	19	21	7	30	33	26	192
Tasa ‰ persona y año*	0,28	4,1	7	5,56	6,14	2,04	8,8	9,6	7,6	56,15

En color se reflejan los años trabajados por cada médico.

*Suponiendo que el número de pacientes fuese el mismo durante el período del estudio.

paciente, médico que realizó la solicitud, motivo de petición de gastroscopia, hallazgos endoscópicos, realización o no de biopsia y hallazgos anatomopatológicos.

Se incluyó a todos los médicos que han trabajado en el centro de salud durante el período de estudio, pero hay que recalcar que no todos han contribuido de igual manera, según la fecha de entrada o abandono del centro de salud. La contribución temporal de cada profesional se ha reflejado en la tabla 1.

Resultados. El total de gastroscopias solicitadas fue de 192. En la tabla 1 se exponen las solicitadas por cada uno de los médicos. Siete médicos no han solicitado ninguna durante el período de estudio (no los incluimos en la tabla) y en los médicos restantes hay grandes diferencias. Del total de gastroscopias solicitadas, 106 (56%) se realizaron en varones frente a 84 (46%) en mujeres. La edad media fue de 52,99 ± 15,54 años y rango de edad de 18-83 años. Los motivos por los que se solicitaron las gastroscopias fueron epigastralgia (54%), seguida de enfermedad por reflujo gastroesofágico (12,1%) y la dispepsia (11,6%). Con menor frecuencia se solicitaron por control, disfagia, estudio o por diagnóstico de sospecha en otra prueba.

Los diagnósticos endoscópicos encontrados con más frecuencia fueron gastritis en 57 casos (30%), seguida de ausencia de enfermedad en 52 casos (28%) y hernia de hiato en 21 casos (11%) y esofagitis por reflujo en 19 casos (5,3%); con menor frecuencia se encontraron: ulcus duodenal en 15 casos (8%), ulcus gástrico (2,7%) y esófago de Barret en 5 casos. Otros diagnósticos fueron pólipo gástrico, acantosis, candidiasis esofágica, engrosamiento de pliegues, no realización por intolerancia, hipotonía de cardias, anillo de Schatzki, divertículo esofágico y varices esofágicas.

Se realizó biopsia en 85 gastroscopias frente a 104 en las que no llegó a realizarse. No aparecía reflejado el diagnóstico anatomopatológico en 9 de los 85 informes. Los hallazgos resultantes de las 76 biopsias informadas ponen de manifiesto el predominio de gastritis crónica en 62 casos (81%) con respecto al resto de los diagnósticos anatomopatológicos, que por orden de frecuencia fueron: normalidad, cambios inflamatorios inespecíficos, gastritis erosiva, esófago de Barret y acantosis glucogénica.

Del total de biopsias realizadas, la presencia de *Helicobacter pylori* se observó en 52 casos (69%). Aparecía metaplasia en 29 ca-

sos (47%) y displasia en 2. La inflamación era severa en 34 casos (58%) y la atrofia estaba presente en 16 casos (26%).

Discusión y conclusiones. Los motivos más frecuentes de solicitud de gastroscopia y los diagnósticos endoscópicos encontrados en nuestro estudio coinciden con los resultados obtenidos en otros estudios, con metodología similar a la nuestra¹⁻³.

Según los resultados obtenidos, podemos afirmar que hay gran variabilidad entre los médicos del centro a la hora de solicitar esta prueba, hecho que puede estar justificado por la escasez de guías claras y de protocolos para las enfermedades digestivas, y por el importante porcentaje de población polimedica y con pluripatología que quizá en otro contexto nos llevaría a realizar dicha solicitud. También observamos que el número de gastroscopias solicitadas parece insuficiente en relación con la elevada prevalencia de enfermedades digestivas susceptibles de ser estudiadas mediante dicha prueba. Algunos autores han intentado comparar el rendimiento de la endoscopia según se acceda a ella desde el médico de familia o mediante consulta previa con el especialista, y podemos observar que se van obteniendo resultados distintos conforme pasan los años^{4,5}. Podemos concluir que este método diagnóstico es una herramienta muy útil para atención primaria, hasta el punto de que sólo en el 7% de los casos se necesita seguimiento por el especialista⁶ y se ha demostrado que los pacientes tienen un elevado grado de confianza en su médico de familia.

**E. Trillo Sallán, M.S. López
Fañanás, M.V. Villaverde Royo
y C. Isanta Pomar**

Centro de Salud San José. Zaragoza.
España.

1. De Castro ML, Fachal C, Pineda JR, et al. Metaplasia intestinal en la unión esofagogástrica. Prevalencia y asociaciones en una población sometida a endoscopia. Gastroenterol Hepatol. 2002;25:4887-92.
2. Rey Díaz-Rubio E, Álvarez Sánchez A, Díaz-Rubio M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Medicine. 2004;9:18-28.
3. Vernet Vernet M, Roca Figueras G, Jovell Fernández E, Iglesias Rodríguez M, Ureña Tapiá MM, Roca Fusabac A. Análisis de las indicaciones y diagnósti-

cos de las gastroscopias solicitadas por médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:253-7.

4. Charles RJ, Cooper GS, Wong RC, Sivark MV, Chak A. Effectiveness of open-access endoscopy in routine primary-care practice. *Gastrointest Endosc*. 2003;57:183-6.
5. Vergeles Blanca JM, Mandia Vizoso ME, Arroyo Fernández de Aguilarr J, Cordero Torres R. Comparación de informes de endoscopia oral solicitados desde la atención primaria y desde la atención hospitalaria. *Atención Primaria*. 1996;18:48-6.
6. Charles RJ, Chak A, Cooper GS, Wong RC, Sivak MV. Use of open access in GI endoscopy at an academic medical. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:480-5.

Prevalencia de obesidad central y obesidad por índice de masa corporal en un centro de atención primaria

Objetivos. Estimar la prevalencia de obesidad según índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal en la población adulta atendida en un centro de salud urbano. Estudiar la asociación entre ambos tipos de obesidad.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro de salud urbano de Madrid con adscripción de 18.013 personas.

Participantes. Participaron 411 pacientes obtenidos por muestreo aleatorio (tabla de números aleatorios), de ambos sexos, mayores de 18 años, excluidas las embarazadas, que acuden a demanda a la consulta durante 4 semanas (febrero de 2004).

Mediciones principales. Medición directa de peso, talla y perímetro abdominal mediante procedimientos estandarizados con material homologado. Se consideró obesidad por IMC cuando su valor era ≥ 30 (según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹) y obesidad central cuando los varones tienen perímetro abdominal ≥ 102 cm y las mujeres

de 88 cm (criterios de la Adult Treatment Panel III)².

Resultados. La media de edad de la muestra fue de $56,5 \pm 18,5$ años, con un 61% de mujeres (intervalo de confianza [IC] del 95%, 55,7-66,2) y un 39% de varones (IC del 95%, 36,8-44,3). La prevalencia de obesidad por IMC encontrada fue del 25,3% (IC del 95%, 20,7-30,3) de los cuales el 64,70% era mujer (IC del 95%, 53,6-74,8) y el 35,3%, varón (IC del 95%, 25,2-46,4). La tipificación ponderal de la muestra por sexos se describe en la tabla 1. La prevalencia de obesidad central encontrada fue del 46,6% (IC del 95%, 41,0-52,2), con un 67,8% de mujeres (IC del 95%, 59,6-75,2) frente a un 32,2% de varones (IC del 95%, 24,8-40,3). La prevalencia de obesos por IMC que además eran obesos por perí-

tro abdominal fue del 24,8% (IC del 95%, 20,1-30,0). La prevalencia de obesos según perímetro abdominal que no lo son según IMC fue del 22,0% (IC del 95%, 17,5-27,0). Se observó aumento de la prevalencia de ambos tipos de obesidad con la edad, encontrándose la mayor tasa de obesos en > 70 años. Hemos encontrado que las variables obesidad por IMC y obesidad por perímetro abdominal se correlacionan fuertemente ($r = 0,70$; $p = 0,000$) (fig. 1).

Discusión y conclusiones. La prevalencia de obesidad en la muestra estudiada es muy alta, tanto cuando se estima por IMC (25,3%) como por perímetro abdominal (46,6%). Ambos tipos de obesidad aumentan con la edad y son más frecuentes en las mujeres. Las variables obesidad por IMC y por perímetro abdominal se correlacionan

TABLA 1 Tipificación ponderal de la muestra por sexos según el índice de masa corporal (criterios SEEDO 2000)

	Varones	Mujeres
	Porcentaje (IC del 95%)	Porcentaje (IC del 95%)
No obesidad	77,3 (69,2-84,1)	72,5 (65,7-78,6)
Peso insuficiente	0,08 (0,02-5,34)	2,1 (0,4- 5,9)
Normopeso	41,2 (31,5-51,4)	61,4 (52,9-69,3)
Sobrepeso grado I	28,4 (19,9-38,2)	17,9 (12,1-25,2)
Sobrepeso grado II	29,4 (20,8-39,2)	18,6 (12,6-25,9)
Obesidad	22,7 (15,9-30,8)	27,5 (21,4-34,2)
Obesidad tipo I	86,7 (69,3-96,2)	70,9 (57,1-82,4)
Obesidad tipo II	10,0 (2,1-26,6)	18,2 (9,1-30,9)
Obesidad tipo III (mórbida)	3,3 (0,1-17,2)	10,9 (4,1-22,2)
Obesidad tipo IV (extrema)	0	0

IC: intervalo de confianza; SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.

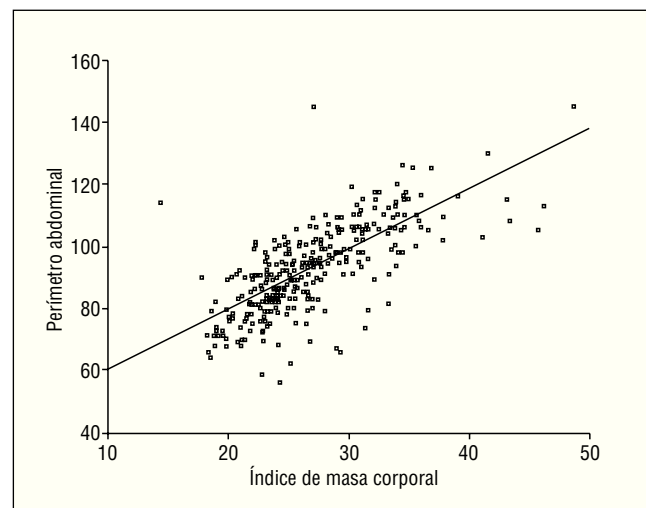


Figura 1. Correlación entre el índice de masa corporal y el perímetro abdominal.

Palabras clave: Obesidad. Índice de masa corporal. Perímetro abdominal. Prevalencia. Obesidad central.

fuertemente, por lo que podríamos recomendar, a la hora de priorizar en atención primaria, la medida del perímetro abdominal frente al uso del IMC, puesto que es más rápido y fácil de obtener en la evaluación del riesgo cardiovascular. Además, y más importante, un 22% de los obesos por perímetro abdominal no cumple criterios de obesidad según IMC, por lo que, dada la mayor asociación entre obesidad central y el riesgo vascular, podemos concluir que sería aconsejable introducir la medida sistemática del perímetro abdominal en la valoración de los pacientes que acuden al centro de salud.

Agradecimientos. A todos los médicos y enfermeras del Centro de Salud Prosperidad, en especial a los doctores Elena Mazorra, Francisco Cirujano, Lourdes Barutell y Elvira Díaz de Tuestar por su

colaboración y asesoramiento. Al Departamento de Estadística del Hospital Universitario La Princesa por la ayuda tanto técnica como humana prestada.

**P. Hernanz López^a, A. Peña Lazo^a,
M. Coca Díaz^a
y C. Suárez Fernández^b**

^aCentro de Salud Prosperidad. Madrid. España. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Princesa. España.

1. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO2000 para la evaluación de sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000;115:587-97.
2. National Institute of Health Third Report of The National Cholesterol Educa-

tion Program Expert Panel On Detection Evaluation and treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Bethesda Md: National Institutes of Health; 2001.

3. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem LI. Prevalencia de obesidad en España: Resultado del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc). 2003;120:608-12.
4. Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, García Yébenes MJ. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. Med Clin (Barc). 2002;118:616-8.
5. Scaglione R, Argano C. Obesity and cardiovascular risk: the new public health problem of worldwide proportions. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2004;2:203-12.
6. Janssen I, Kartzmarzyk PT. Waist circumference and not body mass index explains obesity related health risk. Am J Clin Nutr. 2004;79:379-84.