CARTAS AL DIRECTOR

Reflexiones sobre la actualización de una monografía

Sr. Director: Hace aproximadamente unos 20 años escribí, junto a mi tutor de especialidad, un libro[1] sobre el sustrato teórico que por entonces tenía la atención primaria como parte del modelo sanitario. Pertenecía a la segunda promoción de médicos de familia del programa MIR (1980-1982) y a la primera que se formaba en mi hospital. Al cambiar de servicio en las rotaciones, tuve que repetir tantas veces lo que intentaba ser el nivel primario desde un punto de vista científico que decidí realizar un trabajo de investigación y divulgarlo para que no me lo preguntaran más. Lo he estado releyendo estos días y he llegado a la conclusión de que se trata de una pequeña *pieza histórica*. Aunque el paso del tiempo sobre una monografía médica sea deletéreo, *¿qué puede quedar vivo de aquel libro*? Quizá el modelo de atención primaria del profesor David Metcalfe de la Universidad de Manchester[2], que dibujaba el nivel primario mediante una interfaz «plástica» con la comunidad y una interfaz «rígida» con el hospital. Aunque ha habido y hay esfuerzos muy notables para dar fluidez a la relación «primaria-especializada-hospital», la brecha sigue existiendo todavía. En segundo lugar, el informe sobre ordenadores del Real Colegio de Médicos Generales de Inglaterra[3] que, aunque se publicara en el año 1982, mantiene vigente su esqueleto argumental. Hemos de decir que Internet era una herramienta desconocida en aquel momento para los profesionales sanitarios. Y tercero, la idea de que no todo esfuerzo preventivo es eficiente siguiendo los trabajos de Archie Cochrane[4]. Si tomáramos la decisión de actualizar aquella monografía, ¿qué capítulos deberíamos redactar de nuevo después de 20 años? Tendríamos que reescribir prácticamente todo el libro. La conferencia de Alma-Ata es puro recuerdo, pero fue sin duda la base filosófica para el desarrollo profesional de los que en aquellos momentos abordábamos la especialidad. Ironías de la historia, pero la ciudad de Alma-Ata ya no se denomina así, su nombre actual es *Astana*.

Para la confección del diagnóstico de salud tienen cada vez más importancia las técnicas cualitativas como, por ejemplo, las del *rapid appraisal*, que permiten un abordaje preciso de la realidad sanitaria en una comunidad, sobre todo si es pequeña[5,6]. En cuanto a los cuidados, está claro que el papel de la *enfermería comunitaria*[1] y el de la *enfermería de enlace*[7] son cada vez más importantes, no sólo en el ámbito asistencial, sino también en la investigación y la docencia. Los conceptos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo de una prueba han pasado a ser de manejo diario en la tarea asistencial. Quizá hiciera falta recordar el valor clásico del libro de Galen y Gambino[8] sobre la relación de los conceptos de valor predictivo y prevalencia. Finalmente, ¿qué capítulos tendríamos que sumar a los primitivos? Creo que al menos tres. Uno dedicado a la epidemiología clínica, diferenciándola bien de la epidemiología moderna, otro a la salud basada en la evidencia como movimiento filosófico[9] y otro a los conceptos básicos de economía sanitaria[10]. Los términos coste-eficiencia, coste-efectividad, coste-eficacia o coste-oportunidad se han hecho tan habituales como glucemia, colesterolemia, uricemia o presión arterial sistólica. El profesor Castilla del Pino, hace algún tiempo definió, al médico como un «gestor económico dentro del sistema de producción»[11]. Definición algo maximalista pero dotada de una visión cristalina de la realidad.

Hace unos 20 años, quien escribe estas líneas se sentía lo suficientemente motivado como para ocuparse de los aspectos científicos fundamentales de la atención primaria. En la actualidad, aunque siga interesado en la investigación, se siente mucho más «microgestor de salud» que clínico, con ética comprensiva y curativa para el individuo, preventiva para la comunidad y gestora de recursos para el Estado central y autonómico.

M. Ortega-Calvo
Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. España.

Palabras clave: Monografías. Diagnóstico de salud. Relación primaria-especializada-hospital.

1. Ortega Calvo M, Martínez Manzanares C. Elementos de asistencia primaria: estudio metodológico. Serie Medicina n.º 47. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 1987. p. 1-103.
2. Metcalfe D. Undergraduate teaching in primary care. En: Fry J, editor. Primary care. London: William Heineman Medical Books Ltd.; 1980. p. 408-41.
3. Royal College of General Practitioners. Computers in primary care. Report of the Computer Working party. London: Ocassional Paper 13; 1982.
4. Cochrane AL. Efectiveness and efficiency: random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.
5. Murray SA, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A. Listening the local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. BMJ. 1994;308:698-700.
6. Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:373-80.
7. Manual de Procedimientos de la Enfermera Comunitaria de Enlace. Objetivos/Actividades. Servicio Andaluz de Salud. Versión 3. Abril 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion2&file=/contenidos/../contenidos/gestioncalidad\ Manual_PECE.htm
8. Galen RS, Gambino SR. Beyond normality. New York: John Wiley & Sons; 1975.
9. Villalbí JR. Promoción de la salud basada en la evidencia. Rev Esp Salud Publica. 2001;75:489-90.
10. Lockett T. Evidence-based and cost-effective medicine for the uninitiated. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997. p. 1-93.
11. Soriguer Escofet F. ¿Es la clínica una ciencia? Madrid: Díaz de Santos. Madrid; 1993. p. 76-7.

¿Más fármacos para curar las alteraciones en las relaciones humanas? El caso de la adicción tabáquica

Sr. Director: En el número de 30 de junio de 2005 aparece en su revista un editorial sobre el tratamiento del tabaquismo[1]. Nos gustaría aportar una visión alternativa –la específica de la medicina de familia (MF)– en cuyo análisis de trabajo con los pacientes se acepta la presencia de relaciones

Palabras clave: Tabaco. Fármacos. Prevención.

causales mutuas (causalidad ecológica). Así, hay diferencias entre un enfoque farmacológico de la intervención sobre el tabaquismo (centrado en la relación una causa-un efecto) y otro multicausal o relacional[2]. Normalmente se considera que el tabaquismo es un problema de adicción a la nicotina, el resultado de una interacción simple entre la persona fumadora y el cigarrillo: la «cura» se logra por terapia farmacológica.

En una situación de multicausalidad, solapamiento entre discursos políticos y asistenciales, y presencia de poderosos intereses que van más allá de la capacidad de intervención de los agentes sociales, las intervenciones de salud mental, las de las llamadas unidades antitabaco que ponen en marcha neumólogos y las de la cartera de servicios en la atención primaria son infantiles en su estrategia de intervención, y así los efectos de los servicios médicos contra el tabaquismo son prácticamente marginales sobre la disminución de su prevalencia[3], los de la terapia sustitutiva de nicotina están sobrestimados[4], y las tasas absolutas de cesación con bupropión son pequeñas[5]. En el tratamiento de la dependencia nicotínica-tabáquica, las intervenciones se producen de manera casi exclusiva sobre el síntoma (fumar), pasando por alto las posibles dificultades ocultas del paciente que limitan sus posibilidades de desvinculación y normalización de la abstinencia.

La visión alternativa de la MF es que la adicción tabáquica es un problema debido a alteraciones en las relaciones humanas. El tabaquismo es el síntoma de un error en el orden de las relaciones entre el fumador y su mundo social (su contexto), y se vive como elemento de alivio de conflictos soterrados que causan sufrimiento emocional. Por lo tanto, la conducta (el síntoma) es causa y consecuencia de una serie de interacciones definidas en un sistema: fumar se integra en la vida de la persona, etiquetándola, acompañándola, redefiniendo a través de la conducta las percepciones sobre resolución de crisis y de conflictos. Los miedos relacionados con dejar de fumar no se refieren principalmente a las dificultades de carácter físico, sino más a los profundos anclajes emocionales y relacionales con los que asocian la conducta tabáquica. El tabaco parece ser en muchos casos «refugio» del malestar del paciente, sólo presentado como tal si se dan las condiciones de escucha adecuadas por parte del clínico. El cigarrillo se convierte en la vida del fumador, en un acompañante que se integra profundamente en los diferentes constructos vitales, y es elemento integrante de la toma de decisiones, de las transacciones del ciclo vital, de la gestión de los acontecimientos críticos de la vida. Es también un «modulador de pensamiento», que cubre los espacios de soledad.

La «cura» está en aprender cómo cambiar los patrones de las experiencias relacionales. La abstinencia debe producirse en un contexto generador de expectativas a través de un proceso de cambio. El dejar de fumar deja un vacío, una pérdida, que puede producir síntomas relacionados con la necesidad de redefinición de los aspectos importantes de la vida del fumador. La forma de «ampliar» la capacidad terapéutica sobre el tabaquismo en MF no es tanto aumentar exhaustivamente el uso de fármacos, sino dirigirse a abrir nuevas puertas a los posibles conflictos planteados por los pacientes: crisis atascadas, interacciones disfuncionales, etc. Se trata de lograr que la intervención sea significativa: útil para el paciente y su familia[6].

J.L. Turabián-Fernández[a]
y B. Pérez-Franco[b]

[a]Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España. [b]Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

1. Camarelles Gillem F. Fármacos en la deshabituación tabáquica. Estado actual. Aten Primaria. 2005;36:62-3 [citado 18 Jul 2005]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_revista?pident_revista_numero=13003346
2. Fuentes-Pila JM, Pereira R. Abordaje clínico del tabaquismo desde un enfoque sistémico-relacional. Psiquiatría Noticias. 2005;7(3) [citado 17 Jul 2005]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/19859/
3. Milne E. NSH smoking cessation services and smoking prevalence: observational study. BMJ. 2005:760, doi:10.1136/bmj.38407.755521.F7 [publicado 18 Mar 2005] [citado 16 Jul 2005]. Disponible en: http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/330/7494/760
4. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. BMJ. 2003;327:28-9 [citado 18 Jul 2005]. Disponible en: http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/327/7405/28
5. Silagy C, Formica N. Place of bupropion in smoking-cessation therapy. Lancet. 2001;357:1550.
6. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. Aten Primaria. 2003;32:296-9 [citado 18 Jul 2005]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13051598

Réplica del autor

Sr. Director: En relación con la carta de Turabián y Pérez me gustaría hacer los siguientes comentarios.

Coincido con los autores en que las causas del tabaquismo son multifactoriales, ya que intervienen factores psicológicos (aprendizaje de una conducta, factores de personalidad, emocionales) y sociales (de entorno, relacionales, familiares y otros), que explican por qué los fumadores fuman y por qué a algunos fumadores les resulta difícil dejar de fumar[1]. Sin embargo, no hay que olvidar que hay factores biológicos implicados: la adicción a la nicotina, la dependencia del tabaco, ha sido clasificada como una enfermedad por la OMS[2] y por la American Psychiatric Association en la DSM-IV[3].

Para ayudar a un fumador a dejar de fumar tenemos que tener en cuenta todos los factores que influyen en la conducta de fumar y abordarlos convenientemente[1,4], sin olvidar que muchos fumadores son dependientes de la nicotina y presentan dificultad añadida para el abandono del tabaco. En estos casos los fármacos pueden ser de ayuda[5].

Tampoco hay que olvidar que el tabaquismo es un problema social y que las políticas de prevención y control deben ir más allá del tratamiento individual del paciente fumador[6].

F. Camarelles
Centro de Salud General Moscardó. Madrid. España.

Palabras clave: Tabaquismo. Factores biológicos. Prevención y control.

1. Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2000.
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, 10th revision. Geneve: World Health Organization; 1992.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 14th edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1995.
4. Camarelles F. Fármacos en la deshabituación tabáquica. Estado actual. Aten Primaria. 2005;36:62-3.
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
6. Camarelles F. Políticas de prevención y control del tabaquismo. Aten Primaria. 2005;35:387-8.

Fe de errores.
En el volumen 36, extraordinario 1, correspondiente al XXV Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria se han detectado algunos errores en el apartado de comunicaciones orales.

– En la sesión 1, en la ponencia 3 «Telemedicina: nexo de unión entre atención primaria y atención especializada», falta la siguiente comunicación:

La historia clínica integral (HCI): experiencia de integración entre diferentes niveles asistenciales
C. Montañes Latorre, X. Pérez Berruezo, E. Mas Parareda, X. Escolar Santos, A. Ibáñez Jimenez y E. Vilert Garrofa
CAP Catalina Cargoll (Palamós); CAP Dr. Josep Alsina (Palafrugell); CAP La Bisbal; CAP Torroella de Montgrí. Girona. Cataluña.
Correo electrónico: evilert@hosppal.es
Objetivos. En un entorno sanitario universal, se hace cada vez más necesario compartir la información. Un elemento imprescindible es disponer de un buen sistema de información asistencial integral.
1. Integración de la información en tres dimensiones: centros/territorios, tipos de información y nivel de atención.
2. Sustitución de la historia clínica convencional y otros documentos en formato papel.
3. Desarrollar un instrumento tecnológicamente asequible y adaptable a las propias necesidades.
4. Asegurar la fiabilidad, seguridad y confidencialidad (LOPD).
Descripción. En el año 1997 se desarrolla el primer módulo de la HCI, el programa de prescripción de medicación crónica. Al mismo tiempo el hospital inicia la informatización de los informes de alta de hospitalización y de urgencias, la codificación de procesos asistenciales y actos de consultas externas, hospitalización y urgencias.
El desarrollo se prioriza a las ABS y urgencias. A finales de 1999 se incorpora la primera HCI a la atención primaria, que permite sustituir todo el papel. Actualmente se está implementando el desarrollo de la HCI y su generalización en el hospital como elemento de integración.
Conclusiones. 1) La HCI ha supuesto un elemento básico en la integración y el *continuum* asistencial entre diferentes niveles asistenciales (atención primaria y especializada, urgencias hospitalarias, urgencias de primaria); 2) desde cualquier punto del sistema se puedan consultar todos los datos informatizados del paciente; 3) quedan algunos elementos pendientes del nivel hospitalario como la incorporación de imágenes y la compatibilidad con otros sistemas de información sanitaria, y 4) la formación y homogenización de criterios es un elemento básico para garantizar la calidad de la HCI.

– La comunicación titulada Arteriopatía periférica (ARP) silente en una población de riesgo del área mediterránea aparece en la ponencia 3 cuando en realidad iba dirigida a la mesa 5 «Diabetes tipo 2: un gran reto en el futuro de la atención primaria».