

—aquella que se produce cuando la presión arterial es medida en la consulta médica por un médico y, en menor medida, por la enfermera, mientras que esta reacción no se evidencia cuando es el propio paciente quien se mide la tensión arterial en el domicilio<sup>6</sup>.

Como ustedes mismos indican, otra de las ventajas de la automedición es la disminución en el número de consultas. Esto no sucedería si dicho aparato estuviese en la consulta de enfermería, limitando además la posible autonomía de que puede dotar esta técnica a los pacientes<sup>6</sup>.

Por todos estos motivos, nos parecería más adecuado, y sin restarle interés al tema tratado en este artículo, si se incluyeran en el mismo algunos pequeños retoques, en el apartado «Material y métodos», aumentando así su calidad.

**L.M. Vaquero Roncero  
y M.B. Sánchez-Montero**

Zamora.

1. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. FMC 1994; 1: 404-410.
2. Márquez E, Martín JL, Gutiérrez MC. Validación de un monitor automático no invasivo de presión arterial: el ACP-2200. Aten Primaria 1994; 14: 815-819.
3. Donner A Sample size requirements for comparison of two or more coefficients of inter-observer agreement. Statistics in Medicine 1998; 17: 1157-1168.
4. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1993.
5. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. American national standard for electronic or automated sphygmomanometers. Washington DC: AAMI, 1987.
6. Buitrago F, Martínez A. Utilidad de los aparatos de autocontrol de la presión arterial. FMC 1999; 6: 576-583.

## Respuesta de los autores

**Sr. Director:** Agradecemos sinceramente el interés mostrado por los Dres. Mario Vaquero y Belén Sánchez por nuestro artículo<sup>1</sup>, pues los comentarios que hacen en su carta nos han resultado de utilidad para aprender algo más sobre los aspectos metodológicos que analizan. Cuando nos planteamos realizar este estudio,

y tras hacer una extensa revisión bibliográfica, no encontramos unas directrices claras sobre cómo predeterminar el tamaño muestral necesario en este tipo de trabajos. Por ello decidimos escoger un tamaño de muestra lo suficientemente grande como para que no tuviéramos problemas en la precisión de nuestras estimaciones, como de hecho así ha sucedido. Si el trabajo de investigación lo hubiéramos llevado a cabo ahora, probablemente tendríamos más elementos y conocimientos en los que basar nuestras asunciones. Por ejemplo, Norman y Streiner<sup>2</sup> postulan para calcular el tamaño muestral en diseños de medidas repetidas de un factor, como muy bien se podría considerar nuestro caso, utilizar la fórmula para el *t* test para datos apareados. Nosotros hemos efectuado los cálculos *a posteriori*, con ayuda de un programa informático<sup>3</sup>, para de este modo comprobar la potencia de nuestro estudio y así, si tenemos en cuenta las cifras de tensión arterial sistólica medias y la desviación típica obtenidas en nuestro estudio, para un error alfa del 5% y una hipótesis bilateral, la potencia con la que trabajamos con un tamaño de muestra de 300 sujetos es del 97,5% (riesgo beta del 2,5%).

Respecto al posible sesgo de selección al que aluden nuestros colegas, nosotros pensamos que es imprescindible que éste se haya producido, al menos de manera significativa, pues se sabe que la mayor parte de la población general adscrita a una zona básica de salud (aproximadamente un 80% en un año y el 95% al menos una vez cada 5 años), contacta con los servicios de atención primaria de salud por diferentes motivos, ya sean clínicos o de carácter burocrático<sup>4</sup>.

Por último, creemos que no se ha interpretado bien la propuesta que hacemos sobre el lugar de ubicación del aparato de medir la presión arterial, pues en ningún lugar de nuestro artículo proponemos que los aparatos semiautomáticos se coloquen en la consulta de enfermería; es más, asumimos esto como una de las limitaciones del trabajo; lo que decimos es que lo deseable hubiese sido que el esfigmomanómetro estuviera situado en la sala de espera o en la farmacia.

Esperamos que estas aclaraciones sirvan para despejar dudas sobre los aspectos que señalan en su amable

carta, reiterándoles nuestro agradecimiento por su interés.

**G. Montes Redondo,  
J.A. Fernández García, A. Prada  
Vigil, R. Polonio Enríquez,  
D. Rodríguez Hornero  
y L.A. Pérula de Torres.**

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

1. Montes G, Fernández JA, Prada A, Polonio R, Rodríguez D, Pérula LA. Fiablez en la medición de la presión arterial: paciente frente a profesionales de atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 73-77.
2. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid: Mosby, 1996.
3. Letón E, Pedromingo A. Programa C4 Study Design Pack Versión 1.1. Cálculo del tamaño muestral. Madrid: Glaxo Wellcome, 1998.
4. Martín A, Huguet M, García F. La organización de las actividades en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.ª ed.). Barcelona: Mosby-Doyma, 1994; 34-47.

## Aspectos éticos en la prescripción médica y nuestra relación con la industria farmacéutica

Estadística; Ética; Industria farmacéutica; Investigación; Prescripción farmacológica; Tamaño muestra.

**Sr. Director:** En relación al editorial publicado por M.L. Rubio y F. Cerdón, titulado «Relación con la industria farmacéutica: ¿un dilema ético?»<sup>1</sup>, quisiéramos hacer algunas consideraciones. La actividad de los médicos de familia se ve sometida con frecuencia a diversas cuestiones éticas. La ética no es otra cosa que la pregunta acerca de cómo debemos comportarnos<sup>2</sup>. Como apuntan los autores, existen unos principios éticos sustentados en un plano privado (el de *beneficencia*, la actuación del médico debe tender al bien de su paciente y el de *autonomía*, tener en cuenta la capacidad de las personas de decidir en relación con su vida) y otros principios sustentados en el plano público (el de *justicia*, tratar a todos por igual sin hacer discriminaciones, y el de *no-maleficencia*, no hacer mal a otro). Por tanto, este último sería el nivel de la ética del bien común, la ética de mínimos que obliga-