

El MF debe estar siempre atento frente a pacientes con sintomatología atípica o persistente, incluso si han sido valorados previamente en el ámbito hospitalario.

**E. Cerrada Cerrada,  
M.A. Barajas Gutiérrez  
y G. García Sánchez**

Centro de Salud Dr. Mendiguchía.  
Leganés (Madrid).

1. Haskell RJ, French WJ. Cardiac tamponade as the initial presentation of malignancy. *Chest* 1985; 88: 70-73.
2. Manito N, Roca J, García J, Domínguez de Rozas JM. Taponamiento cardíaco: revisión clínica de 53 casos. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 1-4.
3. Krisanda TJ. Atrial fibrillation with cardiac tamponade as the initial manifestation of malignant pericarditis. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 531-533.
4. Nicolás JM, Villalta J, Antúnez E. Taponamiento cardíaco como presentación del linfoma. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *An Med Intern* 1990; 7: 77-79.
5. Babu KG, Radheshyam, Naresh, Lalitha N. Cardiac tamponade: a rare manifestation of non-Hodgkin's lymphoma. *JAPI* 1993; 41: 43-45.

## **Autocuidado para patologías agudas en atención primaria. Resultados de un estudio cualitativo**

Autocuidado; Investigación cualitativa.

**Sr. Director:** Se define *autocuidado* como las actividades dirigidas al reconocimiento y evaluación de síntomas y la respuesta a ellos en la vida cotidiana<sup>1</sup>. Son el primer paso en la asistencia sanitaria, ya que un 60-85% de problemas de salud no llega a la consulta médica.

Es básica, pues, su potenciación. Pero existe una principal dificultad: conocer qué acciones se pueden considerar correctas y cuáles son desaconsejables<sup>2,3</sup>.

El *objetivo* de este estudio es conocer las actividades de autocuidado que realiza nuestra población, su adecua-

ción, potenciar las correctas mediante un programa educativo y ver las repercusiones de éste en la frecuentación de las consultas de MF y en la calidad del autocuidado. Para valorar la adecuación de las actividades de autocuidado, y como estudio preliminar, formamos un *grupo focal* o *de discusión*, herramienta básica para estudios cualitativos y especialmente en atención primaria<sup>4</sup>.

El grupo focal se formó con 9 médicos de familia y 2 enfermeras de 5 áreas básicas del Vallés, elegidos principalmente por haber mostrado interés en el tema. Se realizaron 2 sesiones de 2 horas de duración, con moderador, secretario y observador (miembros del equipo investigador), en las que se discutía sobre las acciones de autocuidado que la población realiza en los problemas de salud que son motivo de mayor frecuentación, y siempre según la experiencia de los participantes.

Las acciones se catalogaban de adecuadas, neutras e inadecuadas, y también se valoraban los síntomas de alarma en dichos problemas.

En la discusión sobre el propio hecho del autocuidado, la opinión general es que son poco conocidos, y aunque alguno se sepa que es efectivo, no se recomiendan, quizá por miedo a perder «valía» como profesional de la medicina. También había consenso en que es importante potenciar los autocuidados, pero con precaución, porque podría tenderse a pasar por alto también síntomas importantes. Se llegó a conclusiones diferentes según cada problema agudo, desde la valoración médica como primera medida (heridas), hasta acciones preventivas como principal recurso (odontalgia, lumbalgia). Todas las acciones se catalogaron como adecuadas, inadecuadas o neutras. Como ejemplos, la toma de antibióticos fue siempre considerada como inadecuada, los analgésicos eran casi siempre adecuados, mientras que la mayoría de remedios caseros eran acciones neutras. Los síntomas de alarma quedaron claros para el grupo, pero no hubo tanto acuerdo en el tiempo de espera para consultar que se debe recomendar. Se comentaron diversas estrategias para la difu-

sión de las medidas de autocuidados, implicando a la familia, la comunidad, los profesionales (médicos, farmacéuticos, asistentes sociales, etc.) y los medios de comunicación (especialmente locales).

El principal resultado fue llegar a un consenso importante sobre la adecuación o no de determinadas medidas de autocuidado. Las actividades detectadas en nuestro grupo son similares a las de otros estudios, e igualmente obtenemos que la mayoría de ellas son apropiadas, y sólo una minoría son peligrosas (2% en estudios de Wilkinson)<sup>2,3,5,6</sup>. Se plantearon al aire incluso propuestas «atrevidas», como la realización de un ensayo clínico valorando la efectividad de alguno de los remedios caseros «de toda la vida». Este trabajo nos ha permitido conocer las posibilidades de la técnica del grupo de discusión para estudios cualitativos, especialmente en atención primaria.

**M. Queralt Alcaraz, T. Mur Martí,  
T. Clanchet Aisa, M. López  
Olivares, R. López Moya  
y A. Castaño Pérez**

CAP Terrasa Sud (Mútua de Terrasa).  
Barcelona.

1. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 267-270.
2. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultado de una encuesta telefónica a la población general. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 420-424.
3. Wilkinson IF, Darby DN, Mant A. Self-care and self-medication: an evaluation of individuals health care decisions. *Med Care* 1987; 25: 965-978.
4. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315: 740-743.
5. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro E. Trastornos comunes de salud, autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16: 13-18.
6. Clanchet T, Navazo I, Llor C, Llovet D, Vila A, Alaman E. Medidas de autocuidado registradas ante patologías agudas en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 11: 165-169.