

**Tabla 1** Comparación de variables antes y después de la intervención

	Antes	Después	p
Edad: media (DE)	48,3 (20,6)	45,6 (20,5)	0,06
Sexo (porcentaje de mujeres)	66,6%	63,7%	0,40
Días de evolución: media (DE)	7,2 (10,8)	5,7 (10,8)	0,16
Cambio de diagnóstico	3,1%	3,7%	0,66
Enfermedad crónica	12,7%	12,0%	0,83
Datos de anamnesis	68,1%	73,8%	0,08
Datos de exploración	47,1%	51,5%	0,48
Número de fármacos no Atb indicados (media)	1,64	1,67	0,64
Se indica Atb en la 1.ª consulta*	33,7%	18,6%	<0,0001
Se indica Atb posteriormente*	3,4%	5,4%	0,17
Indicación global de Atb	36,3%	23,5%	<0,0001
Consultas adicionales* media (DE)	0,23 (0,62)	0,34 (0,76)	0,02

Atb: antibióticos; DE: desviación estándar.  
\*Diferencias significativas:  $p < 0,05$ .

Dado que se han descrito diferencias geográficas<sup>3</sup> e influencia de la especialidad médica en el hábito prescriptor de Atb<sup>6</sup>, quizá los datos de uso de Atb no sean extrapolables al conjunto de centros de salud.

Puede concluirse que una sesión clínica en el centro de salud es capaz de cambiar los hábitos de prescripción de Atb en cuadros de IRAVS y disminuir su utilización.

## Bibliografía

- Chlabicz S, Magorzata-Otarzewska A, Pytel-Krolczuk B. Respiratory tract infections: Diagnosis and use of antibiotics by family physicians in north-eastern Poland. *Int J Antimicrob Agents*. 2004;23:446–50.
- Andre M, Odenholt I, Schwan A, Axelsson I, Eriksson M, Hoffman M, Swedish Study Group on Antibiotic Use, et al. Upper respiratory tract infections in general practice: Diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests. *Scand J Infect Dis*. 2002;34:880–6.
- Steinman MA, Landefeld S, Gonzales R. Predictors of broad-spectrum antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in adult primary care. *JAMA*. 2003;289:719–25.
- Akkerman A, Kuyvenhoven M, Van der Wouden JC, Verheij T. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2005;56:930–6.
- Wigton RS, Darr CA, Corbett KK, Nickol DR, Gonzales R. How do community practitioners decide whether to prescribe antibiotics for acute respiratory tract infections?. *J Gen Intern Med*. 2008;23:1615–20.
- Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck A, grupo de estudio AUDITINF02, et al. Variabilidad de la prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias en dos países de Europa. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:598–604.

Francisca Rivera Casares\*, Juliana Fernández Molina,  
Lara González García y M<sup>a</sup> José Richart Rufino

*Centro de Salud Fuensanta, Departamento 9, Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [frivera@comv.es](mailto:frivera@comv.es) (F. Rivera Casares).

doi:10.1016/j.aprim.2009.02.012

## ¿Por qué van a la consulta del médico de familia los pacientes y qué quieren saber sobre sus enfermedades o dolencias? Un estudio portugués

### Why do patients consult the family doctor and what do they want to know about their illnesses and ailments? A Portuguese study

Sr. Director:

El médico de familia se enfrenta diariamente con un gran número de personas; cada una de ellas portadora de una

agenda propia con síntomas o aspectos que reflejan un determinado estado biopsicosocial, que debe interpretarse después mediante un complejo sistema de percepciones, asociaciones e interpretaciones, para realizar una adecuada valoración del cuadro y aplicar medidas de seguimiento y de atención<sup>1</sup>.

El abordaje paternalista clásico de la profesión médica marca claramente la conducta que debe seguirse ante cada caso<sup>2</sup>. Actualmente es necesario adoptar una conducta no paternalista e informativa, tanto por razones éticas y deontológicas<sup>3,4</sup> como por el hecho de que los pacientes están cada vez más capacitados para convivir y responsabilizarse de sus problemas. Lo mismo ocurre con la terapéutica<sup>5</sup>. Las razones para ir al médico, las expectativas sobre la importancia de los signos y de los síntomas, la valoración

**Tabla 1** Razones de consulta cuando se acude al médico espontáneamente y aspectos más importantes que el paciente quiere conocer sobre sus enfermedades o dolencias

	n	%
<b>Razones más importantes<sup>a</sup></b>		
Las enfermedades que sabe que tiene	56	15,8
Los síntomas que nota	135	38,1
Los problemas que más lo atormentan	89	25,1
Las quejas que quiere ver tratadas	74	20,9
<b>Aspectos más importantes<sup>b</sup></b>		
Qué son	78	21,8
Cómo aparecen	36	10,0
Cómo se curan o se controlan	134	37,4
Cómo se vivirá con ellas	44	12,3
Cómo se previenen	66	18,4

<sup>a</sup>No significativo por grupo de formación académica ( $p = 0,001$ ), por grupo de actividad profesional ( $p = 0,001$ ), por grupo de edad ( $p = 0,000$ ) y por sexo ( $p = 0,007$ ).

<sup>b</sup>No significativo por grupo de formación académica, por grupo de actividad profesional, por grupo de edad y por sexo.

que se hace de éstos, la interpretación del conjunto global percibido y por fin la orientación dada por el médico, en el que se confía, son los aspectos clave de la consulta. La adherencia del paciente depende de cómo se transmita la información y se desarrolle el encuentro<sup>6</sup>. Así pues, está justificado un estudio en profundidad de los motivos que llevan al paciente a la consulta y de los aspectos más importantes que éste quiere conocer sobre sus enfermedades o problemas de salud, en función del sexo, la edad, la profesión y la formación académica. Mediante la utilización de un cuestionario específicamente elaborado y validado, se ha realizado un estudio descriptivo sobre individuos que han dado su consentimiento tras un contacto personalizado con las encuestadoras mientras esperaban la consulta. El cuestionario es anónimo y el paciente lo autocumplementa. La muestra de conveniencia y no probabilística se calculó para representar por sexos y grupos de edad a la población residente de la zona urbana del área de influencia del Centro de Salud de Eiras, según los resultados de un test piloto. Se distinguieron 2 grupos de edad para mayores y menores de 51 años, personas activas y no activas, y grupo de formación académica baja, media o superior.

Se estudió una muestra de 180 personas (tabla 1), con una edad media de  $47,3 \pm 17,0$  años (no significativo por sexos), entre 18 y 93 años; 85 eran varones (47,2%) que, además de representar por grupos de edad y sexo a la población

residente en esta área, también representaron a la población que acudió al centro en los diferentes días de la semana.

Los pacientes refieren mayor preocupación por los síntomas, seguidos por los problemas y, por último, por las dolencias o las enfermedades. Los pacientes activos están más preocupados por los síntomas y las dolencias para las que solicitan tratamiento, mientras que los pacientes no activos lo están por los problemas. Los pacientes de más edad se preocupan más por las enfermedades que presentan, en el caso del varón, mientras que la mujer tiene una mayor preocupación e interés por las dolencias para las que solicita tratamiento. Los 2 aspectos más importantes que quieren conocer sobre sus enfermedades o dolencias son «cómo se curan o se controlan» y «qué son». Así, se puede concluir que los síntomas percibidos dominan la agenda de problemas de los pacientes que frecuentan la consulta de medicina familiar. Una adecuada comunicación mejora el tratamiento y puede evitar consultas reiteradas y complejas, con el consiguiente impacto sobre el gasto sanitario. La agenda del paciente no se debe considerar una barrera, sino que, por el contrario, es un hecho que el médico debe trabajar y percibir para mejorar la comprensión del paciente en un contexto de aprendizaje continuo.

## Bibliografía

1. EURACT. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Versão reduzida). *Rev Port Clin Geral*. 2005;21:511–6.
2. McGregor S. Roles, power and subjective choice. *Patient Education and Counseling*. 2006;60:5–9.
3. Simões JÁ. A ética em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:45–7.
4. Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A Medicina Preventiva. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:49–64.
5. Yaphe J. Teaching and learning about empowerment in family medicine. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:365–7.
6. McGregor S. Roles, power and subjective choice. *Patient Education and Counseling*. 2006;60:5–9.

Luiz Miguel Santiago<sup>a,\*</sup>, Catarina Neves<sup>a</sup>, Lílíana Constatino<sup>b</sup> y Esther De Leon Rodriguez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Eiras ARS do Centro de Portugal, Coimbra, Portugal

<sup>b</sup>Serviço de Medicina Geral e Familiar, Centro de Salud de S. Martinho do Bispo, ARS do Centro de Portugal, Coimbra, Portugal

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lmsantiago@netcabo.pt](mailto:lmsantiago@netcabo.pt) (L.M. Santiago).