

## Promoción y prevención: ¿realidad o ficción?

**Objetivo.** Identificar el grado de aplicación de las actividades preventivas sobre enfermedades cardiovasculares y recomendaciones sobre los estilos de vida saludables, dirigidas a mayores de 15 años por parte de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de centros de atención primaria (CAP) de zona urbana y rural.

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** CAP de las provincias de Barcelona y Tarragona.

**Participantes.** Se incluyó a 124 profesionales de medicina y enfermería de consulta de adultos de los CAP seleccionados.

**Mediciones principales.** Se remitió una encuesta a los profesionales preguntando la edad, el sexo, la profesión, el lugar de trabajo y si realizaban los cribados preventivos de la hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, alcohol, actividad física, obesidad y tabaquismo aplicando las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

**Resultados.** De los 267 profesionales seleccionados, se remitió la encuesta a los 198 (74,1%) que llevaban más de 1 año trabajando, y de éstos contestaron 124 (62,6%). La media de edad fue de 40,0 ± 9,2 años; 43,7 ± 8,02 años para los varones frente a 37,8 ± 9,1 para las mujeres (p < 0,001). En cuanto al consumo de tabaco, se encontraron más ex fumadores entre enfermeros/as y no fumadores entre los médicos (p = 0,046). Comparando los estilos de vida declarados entre médicos de familia y enfermeros/as, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. En la tabla 1 se presenta la comparación del cumplimiento declarado de las actividades preventivas según el sexo y entre los profesionales sanitarios. En los CAP de ámbito rural y urbano no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión y conclusiones.** El profesional sanitario realiza una correcta aplicación de las actividades preventivas de las enfermedades cardiovasculares y de promoción de actividad física.

**Palabras clave:** Promoción. Prevención. Enfermedades cardiovasculares. Estilos de vida. Atención primaria.

**TABLA 1. Comparación del cumplimiento declarado de las actividades preventivas según sexo y entre los profesionales sanitarios**

Enfermedades cardiovasculares	Médicos de familia n = 65	Profesional de enfermería n = 59	p	Varones n = 46	Mujeres n = 78	p
HTA	92,3%	100%	0,031	93,5%	97,4%	0,286
Hipercolesterolemia	93,8%	63,8%	0,000	88,9%	74,0%	0,050
Estilos de vida saludables						
Consumo de alcohol	98,5%	91,5%	0,072	100%	92,3%	0,054
Tabaco	98,5%	98,3%	0,945	100%	97,4%	0,274
Actividad física	87,7%	100%	0,005	87,0%	97,4%	0,022
Obesidad	73,8%	96,6%	0,000	78,3%	88,5%	0,128

HTA: hipertensión arterial.

El colectivo de enfermería realiza más detección de HTA y obesidad y mayor promoción del ejercicio, mientras que el colectivo de médicos de familia realiza mayor detección de la hipercolesterolemia.

**B. Ichazo-Tobella, S. Álvarez-Barreiros, S. Villa-Vázquez y C. Montañés-Roig**

CAP Sardenya. Barcelona. España. CAP Rambla. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. España.

- Haskell WL. Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions: affectiveness and efficacy. *Journey of Cardiovascular Nursing*. 2003;18:245-55.
- Clarfield AM. Teaching public health related to the elderly. *Public Health Reviews*. 2002;30:271-6.
- WHA55.23. Diet, Physical activity and health. 18 may 2002.
- semFYC. Evaluación 2001-2002.
- Brotos C, Ciurana R, Piñeiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, R Sammut M. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr*. 2003;77 Suppl:1-4.
- Mendive J. La promoción de la salud en el ámbito sanitario. *WONCA Europa*.

## Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama

**Objetivo.** Determinar el perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de

**Palabras clave:** Perfil psicosocial. Mujer mastectomizada. Cáncer de mama.

mama de acuerdo con la edad, la escolaridad, el estado civil y la ocupación.

**Diseño.** Estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal en el tiempo transcurrido de enero a agosto de 2002.

**Emplazamiento.** Consulta externa de Oncología Médica y Quirúrgica del Hospital General de zona número 1 Licenciado Ignacio García Téllez de Durango, México.

**Participantes.** Se obtuvo por cuota a 58 mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, entre 25-75 años de edad, que estuvieran de acuerdo con participar.

**Mediciones principales.** Tras la firma previa del consentimiento informado se aplicó un cuestionario de datos personales (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, mama afectada, tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la cirugía, si ha recibido información acerca de su enfermedad, si ha recibido apoyo familiar y/o psicológico profesional, visualización personal de su futuro) siguiendo a la evaluación del Perfil Psicosocial a través del Cuestionario del Dr. Chávez Aguilar que evalúa la ansiedad, la autoestima, los sentimientos de culpa, el umbral a los síntomas y la estructura de la personalidad. La calificación final fue de funcional (más de 50 puntos) o disfuncional (0-50 puntos).

**Resultados.** El perfil psicosocial del 100% de la población en estudio fue disfuncional. El 85% nunca controló la ansiedad, el 52% asumía siempre la culpa y ninguna mujer la proyectó. En el umbral de síntomas, el 81% identificaba la causa y la relacionaba con los síntomas. Predominaba la autoestima baja en más del 80%. La personalidad que predominó fue la depresiva (97%). La edad que predominó fue entre la cuarta y quinta décadas de la vida (29%). La

**TABLA 1. Estructura de la personalidad**

Parámetro	Nunca		Ocasional		Siempre	
	N	%	N	%	N	%
<b>Depresiva</b>						
Ante los conflictos y problemas me deprimó de manera importante	1	1,5	1	1,5	56	97
<b>Ansiosa</b>						
Ante los conflictos me pongo tan ansiosa que no sé qué hacer	3	5	6	10	49	85
Obsesivo	4	7	18	31	36	62
<b>Soy obsesivo en las cosas que tengo que hacer</b>						
Paranoide	5	9	25	43	28	48
<b>Siento que todo lo hago mal y que a veces me culpan de todo</b>						
Neurótico	0	0	22	38	36	62
<b>Siento que respondo de un modo exagerado ante los conflictos</b>						

Fuente: Encuesta directa aplicada en el Servicio de Oncología Quirúrgica y Médica del HGR MF n.º 1 Licenciado Ignacio García Téllez. IMSS. Durango. México.

**TABLA 2. Área de evaluación del ámbito psicosocial: ansiedad**

Parámetro	Nunca		Ocasional		Siempre	
	N	%	N	%	N	%
<b>Percepción de ansiedad</b>						
Generalmente percibo cuando estoy ansioso	1	2,0	37	64,0	20	34,0
<b>Adaptación a la ansiedad</b>						
Siento que me he adaptado a la ansiedad elevada	53	92,0	3	5,0	2	3,0
<b>Control de la ansiedad</b>						
Generalmente controlo la ansiedad con alguna actividad o relajación	49	85,0	2	3,0	7	12,0
<b>Descontrol de la ansiedad</b>						
La ansiedad me descontrola y no soy capaz de controlar mi conducta	7	12,0	3	5,0	48	83,0

Fuente: Encuesta directa aplicada en el Servicio de Oncología Quirúrgica y Médica del HGR MF n.º 1 Licenciado Ignacio García Téllez. IMSS. Durango. México.

ocupación predominante fue ama de casa en más de la mitad de los casos estudiados, y la de menor frecuencia, la profesional (4%). De acuerdo con su escolaridad, sólo una décima parte de ellas tiene nivel profesional. La mama más frecuentemente afectada fue la izquierda (52%) seguida de la derecha (45%), y sólo el 4% de la población requirió una mastectomía bilateral. Una décima parte de las encuestadas refirió no comprender su enfermedad debido a que no ha recibido suficiente informa-

ción, resultando más manifiesta su disfunción psicosocial. La décima parte de la población de estudio no recibió apoyo familiar, y menos de un 10% buscó apoyo psicológico profesional; asimismo, se observó que la mayoría de la población estudiada considera que su futuro es malo. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía fue de 4-6 meses; se logró captar a más del 50% en el primer día posquirúrgico y su evaluación coincidió con la del resto de la población captada.

**Discusión.** El perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama fue disfuncional en la totalidad de la población estudiada. Así se ha demostrado también en otros estudios de investigación, es decir, que indudablemente el diagnóstico de cáncer de mama cambia la vida de la mujer dañando la estructura física y mental, no sólo por la neoplasia como tal, sino también por el tratamiento: la mastectomía<sup>18</sup>. Ésta es el área más afectada la autoestima, seguida de la ansiedad. La personalidad que predominó fue la depresiva, seguida en orden de frecuencia por la ansiosa, la obsesiva y la neurótica. Estos resultados coinciden con los Longacker et al<sup>17</sup>, que en su estudio realizado en el año 2000 concluía que cualquier alteración por la neoplasia misma o por la intervención quirúrgica, extirparse uno o ambos senos, considerados símbolos de feminidad, suponía una ruptura del papel femenino, con la consecuente aparición de sentimientos de culpa, elevada sensibilidad a la crítica y la ansiedad frente a esta última sin control por sentirse con incapacidad para influir en los acontecimientos. La mama más frecuentemente afectada fue la izquierda, aunque en otros estudios se ha encontrado que la mama afectada de manera más habitual es la derecha<sup>15</sup>. La edad que predominó en nuestra población de estudio fue entre la cuarta y quinta décadas de la vida, seguida de los grupos de edad de la tercera a la cuarta y de la quinta a la sexta décadas, como lo demuestran también Ruiz et al en un estudio en donde se encontró que la mayoría se encontraban entre la cuarta y quinta década de la vida<sup>3</sup>. En cuanto al estado civil, más de la mitad de nuestra población de estudio estaban casadas y la décima parte fueron solteras, y con menor frecuencia viudas y con pareja de hecho; en todas ellas no hubo diferencias en el resultado obtenido. Este dato es importante, pues nos abre una pauta para otro estudio, como saber cuáles de ellas logran superarse más pronto psicológicamente. La mayoría de nuestras pacientes recibieron apoyo familiar con excepción de una décima parte de nuestra población de estudio, que no recibió apoyo suficiente, principalmente de sus parejas, siendo más manifiesto postmastectomía, aunque la disfunción conyugal no puede ser atribuida al cáncer o a su tratamiento como tal, ya que según las investi-

gaciones de Schover, no provocan una mayor tasa de divorcios en pacientes, ya que varios estudios indican que el diagnóstico no produce alteraciones matrimoniales en parejas felices, aunque puede exacerbar los conflictos de parejas que ya tenían problemas, ya que comúnmente las mujeres están socializadas para ser las que proporcionan atención; por el contrario, los varones tienen más dificultad para transformarse en la persona que atiende a la esposa<sup>20</sup>.

**Conclusiones.** En función a los resultados obtenidos, el perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama es disfuncional, independientemente de sus variables sociodemográficas y de intervención, así como del tiempo posquirúrgico. Por ello se considera importante proveer de atención psicológica a la paciente desde el momento del diagnóstico, así como en toda la evolución del período posquirúrgico. También se debe asesorar a los familiares acerca de la enfermedad y sus consecuencias, no sólo físicas sino también emocionales y sociales, y evitar la sobreprotección o el rechazo de la paciente; para ello es útil la psicoterapia familiar, ya que no sólo está involucrada la paciente, sino también la familia. Proveer una información completa y concienciada a la paciente y a la familia permite incrementar la habilidad para enfrentar la realidad.

C. Celis-Chacón  
y C.A. Gordillo-Galindo

Hospital General Regional con Medicina Familiar n.º 1 Licenciado Ignacio García Téllez. Durango. México.

1. Gerson R et al. Edad y Cáncer de mama. Rev Med, Hosp. Gen Méx. 1998;(1):7-13.
2. Basset LW, et al. Determinants of quality in mammography. Surg Oncol Clin North Am 1997;2:213.
3. Tijerena C, et al. Cáncer de Mama y Embarazo VIII Congreso Nacional de Gin. Obt Rev Gin Obst (México) 1998;66 Supl 1:91-2.
4. López-Ríos, et al. La epidemia del cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? Sal Publi Méx. 1997;39:259-65.
5. López-Carrillo et al. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Sal Publi Méx. 2001;199-202.
6. Stoppard M, et al. El cáncer de mama. The Breast Book 1997;138-99.

7. Consejo Nacional de Población. Indicadores básicos de salud y PF. México DF: CONAPO; 1996.
8. Ocadiz R, Alfaro G, et al. Predisposición genética en cáncer de mama. Rev Med Hosp Gen Méx. 1997;60:206-12.
9. Couch FJ, Deshano ML, Blackwood MA, et al. BRCA-1 in women attending clinics that evaluate the risk of breast cancer. N Engl J Med.1997;336:1409.
10. Willet WC. Nutrition and cancer. Salu Publi Méx. 1997;39:298-309.
11. González M, Ordóñez BA, Feliu J. Cáncer de mama I. Oncológica Clínica Patología Especial. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1998; p. 255-68.
12. Fernández A. Psicología del canceroso. Psicología médica y social. 5.ª ed. Madrid: Oteo; 1996. p. 328-35.
13. Harris JT, Hellman S. Natural history of breast cancer. En : Harris JR, et al, editors. Disease of the breast. Philadelphia: Lippincott-Raven publishers; 1996. p. 375-91.
14. Daniel B, Kopans, et al. Se debe obtener mamografía postoperatoria rutinariamente después de la escisión quirúrgica de un carcinoma mamario. The Can J Sci Am. 2000;4:189-281.
15. Greenbers, et al. Long- term follow. up of patients with complete remission following combination chemotherapy for metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 1996;14:2197-205.
16. Silvertein, et al. Pronostic classification of breast ductal carcinoma in situ. Lancet. 1995;345-56.
17. Longacker C, et al. Afrontar la muerte y encontrar esperanza. México: Grijalbo 1997; p. 69-77.
18. Brugarolas A. Sufrimiento del enfermo oncológico. Labor Hospitalaria. 1995;235-47.
19. Northouse Ll. The impact of cancer in women on the family. Cancer Practice. 1995;3:134.
20. Pérez T, Baider L, Everhadani P, Denour AK Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experience. Gen Hosp Psych. 1995;16:413.

## Hipotiroidismo subclínico en la consulta de atención primaria

Se define hipotiroidismo subclínico (HS) como la situación de elevación de las con-

**Palabras clave:** Hipotiroidismo subclínico. Atención primaria. Población demandante. Prevalencia.

centraciones de TSH con cifras normales de hormonas tiroideas<sup>1</sup> en pacientes asintomáticos.

La prevalencia del HS varía en función de la edad, el sexo y el valor de TSH que se utilice en su definición. En diferentes estudios internacionales actuales se señala de una prevalencia del 4-8% en población general y del 9-16% en la población mayor de 60 años. Es más prevalente en mujeres, el doble que en varones, y en el grupo de mayores de 60 años la prevalencia llega al 16%<sup>1-5</sup>.

**Objetivos.** Conocer la situación actual del hipotiroidismo HS en nuestro ámbito. Conocer la prevalencia del HS en nuestro medio y los motivos del profesional para solicitar la función tiroidea.

**Diseño.** Estudio transversal, descriptivo.

**Ámbito de estudio.** Un total de 11 consultas de atención primaria en un centro de atención primaria (CAP) urbano con una población adscrita mayor de 14 años de 26.476 personas.

**Método.** Revisión de las analíticas generadas, con determinación de tirotropina (TSH)-tiroxina libre (T4l), entre enero y diciembre de 2001, y revisión de las historias clínicas (HC).

**Participantes.** Pacientes > 14 años en los que se detecta una TSH alta y T4l normal. Se excluye a los pacientes sin historia clínica activa en ese período.

**Variables principales.** Edad y sexo, etiología, motivos que han generado la determinación, médico que hace el diagnóstico y el seguimiento.

**Resultados.** Se analiza 141 sujetos en situación de HS, 122 mujeres (86,5%) y 19 varones con una edad media de 53,9 ± 18,1 años. Las etiologías más frecuentes son tiroiditis autoinmune (54%), enfermedad de Graves tratada e infradosificación del tratamiento con tiroxina. En un 57,4% los anticuerpos antitiroideos son positivos. La prevalencia en nuestro estudio es de 6,94% y la prevalencia en > 65 años es del 8,25%. El diagnóstico es realizado en un 68,8% por el médico de familia y el seguimiento en un 36,9%. El motivo de estudio más frecuente es la astenia, seguido de síntomas depresivos (tabla 1).

**Discusión.** Extraer la muestra a partir de las analíticas en situación de HS supone un sesgo de selección, puesto que incluimos a

**TABLA 1. Motivos de solicitud de TSH**

Motivos	Casos	%	Observaciones
NC	12	25	
Astenia	11	23	
Síntomas depresivos	7	15	Desánimo, tristeza, apatía
Aumento de peso	5	10	
Hipercolesterolemia	4	8	
Trastornos del ritmo cardíaco	4	8	Palpitaciones, bradicardia
Alteraciones dermatológicas	4	8	Piel seca, caída de cabello
Dolores osteomusculares	4	8	Polialgias, mialgias
Uso de fármacos	4	8	Amiodarona, litio
Alteraciones menstruales	3	6	Amenorrea, ciclos irregulares
Alteraciones digestivas	2	4	Estreñimiento
Bocio	1	2	
Elevación transaminasas	1	2	
Deterioro cognitivo	1	2	

pacientes en situación transitoria de HS provenientes de una alteración tiroidea distinta, y así se ha destacado en el estudio. No obstante, la muestra se considera representativa de la población demandante de atención primaria, con predominio de las mujeres y la edad media de la vida.

Los resultados de nuestro trabajo aportan datos sobre un perfil de pacientes con HS similar al encontrado en la bibliografía en cuanto al predominio de mujeres y las etiologías principales encontradas: tiroiditis autoinmune e infradosificación de tratamiento sustitutivo<sup>1-5</sup>, pero no es así con respecto a la variable edad. En la revisión bibliográfica se resalta el predominio del HS en la población > 65 años; en nuestro trabajo, este subgrupo representa sólo un 31,2% de la muestra. La mayoría de las investigaciones que ofrecen cifras de prevalencia provienen de la población general o estudian a dicho subgrupo directamente, pero este dato nos hace pensar en otras posibilidades: los motivos no son los mismos en los pacientes mayores de 65 años, no se expresan igual o no los buscamos de la misma forma en la consulta. La prevalencia del 6,94%, así como la del subgrupo > 65 años del 8,25%, son similares a las encontradas en otros trabajos de ámbitos similares<sup>5-7</sup>. Aunque haya la limitación de tratarse de una revisión de HC (sin registros específicos) y de que no aparezca el motivo de so-

licitud de la función tiroidea en un 25% de los casos, el análisis de los motivos nos hace pensar que los médicos de atención primaria estamos alerta ante la búsqueda de la hipofunción tiroidea frente a síntomas tan inespecíficos como la astenia o el desánimo inespecífico, síntomas por otro lado tan frecuentes en la consulta de AP. Debería haber más estudios que confirmaran esta forma de proceder, así como estudios que pongan de manifiesto si hay signos o síntomas predictivos de HS, tanto en la población adulta como en la senil.

**Conclusiones.** Nuestro trabajo aporta datos del HS en la población demandante de atención primaria con «motivos» para determinar la función tiroidea, por lo que la extrapolación de los resultados en la población general debería realizarse con prudencia.

M. Torné-Coll<sup>a</sup>, R. Azagra-Ledesma<sup>b</sup>, A. Espina-Castilla<sup>a</sup>, E. Vargas-Villardosa<sup>a</sup> y A. Reyes-Camps<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Antón de Borja. Rubí. Barcelona. España. <sup>b</sup>CAP Badia del Vallès. Profesor Asociado de Medicina UAB. Barcelona. España.

1. Tunbridge WMG, Evered DC, Hall R, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1977;7:481-93.

2. Villar HCCE, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism (Protocol for a Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4; 2003.

3. Cooper DS. Subclinical hypothyroidism (clinical practice). *N Engl J Med*. 2001; 345:260-5.

4. Torroba I, Puigdevall V, Laudo C, San Martín L. Disfunción tiroidea subclínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21:245-50.

5. Serra M, Méndez MA, Davins J, Borrell M, Baxarias J, Ríos L. Patología tiroidea en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1995;15:457-60.

6. Casas J, Marquet R, Grifell E, Benet JM, Cortes B, Lucas A, et al. Hormona tirotrópica en la población adulta demandante de un centro de atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1990;95:89-91.

7. Gascó E, Serna MC, Vázquez A, Permiel M, Ibarz M, Serra L. Prevalencia de trastorno de la función tiroidea en la provincia de Lleida. *Aten Primaria*. 1999;24: 475-9.

## Captación telefónica para la vacunación antigripal

**Objetivo.** Conocer si una estrategia de captación telefónica sobre la población mejora los resultados de cobertura vacunal de la gripe y determinar su efectividad en función del profesional que la realiza.

**Diseño.** Estudio experimental, prospectivo sin asignación aleatoria, con dos grupos de comparación: intervención (llamada telefónica) y control (ninguna llamada).

**Emplazamiento.** Centro de Salud (CS) urbano de 18.000 habitantes.

**Participantes.** Todas las personas de 60-64 años asignadas al CS (n = 893). Criterios de exclusión: no respuesta, haber recibido ya la vacuna.

**Mediciones.** Porcentaje de vacunados en los grupos de intervención y control; porcentaje de vacunados según el profesional que había llamado.

**Resultados.** Se vacunaron 327 personas (36,6%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 33,5%-39,8%). Pertenecían al grupo de intervención telefónica 276 (40,3%; IC 95%:

**Palabras clave:** Vacunación gripe. Intervención telefónica. Atención primaria.

**TABLA 1. Comparación de los resultados en la vacunación después de la intervención telefónica (casos) respecto al grupo control**

	Casos n (%)	Controles n (%)
Vacunados	276 (84,4%)	51 (15,6%)
No vacunados	409 (72,3%)	157 (27,7%)
Total	685 (76,7%)	208 (23,3%)

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje.

36,6%-44%) y al de control 51 (24,5%; IC 95%: 18,7%-30,4%). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa a favor del grupo de intervención ( $p = 0,0000018$ ) (tabla 1). En cuanto al éxito de la vacunación según llamara médico (M), enfermera (E) o administrativo (A), no existieron diferencias en la respuesta telefónica entre M y E (el 52% frente al 55%,  $p = 0,5$ ). Al agrupar conjuntamente el personal sanitario (M y E, 54%) y comparar la efectividad de su consejo con el administrado por el A (38,5%), ésta fue significativamente superior para los profesionales sanitarios ( $p = 0,000035$ ).

**Discusión.** En 2003 se introdujo en Cataluña la recomendación de la vacunación de la gripe a todas las personas de 60-64 años. Por este motivo se escogió a este grupo de edad para el estudio: era un colectivo sobre el que no se había realizado nunca una campaña de vacunación y resultaba más sencillo medir el grado de respuesta sin estar condicionado por otros factores. No fue posible efectuar una asignación aleatoria de

los participantes a los grupos de comparación. Ello pudo condicionar la presencia de sesgos. No obstante, parece poco probable ya que nuestros resultados son consistentes con los de estudios ya publicados<sup>1-3</sup> que utilizaron métodos de recordatorio similares: Larson et al<sup>4</sup> doblaban la población inmunizada con el recordatorio por correo; Frank et al<sup>5</sup> aumentaron la vacunación de un 17% antes de la intervención por correo a un 43% después, especialmente si se hacía un recordatorio telefónico después de enviar el correo; Kellerman et al<sup>1</sup> también aumentaron el porcentaje de vacunación hasta un 57% en las mismas condiciones que Frank et al<sup>5</sup>. Respecto a las diferencias encontradas en la efectividad de la intervención según fuera realizada por el M, E o A, al igual que en el estudio de Nguyen-Van-Tam et al<sup>6</sup>, el recordatorio era más efectivo si lo realizaba uno de los miembros de la unidad básica asistencial (M o E). Es necesario incidir en la excelente predisposición de nuestros A, pero probablemente el personal sanitario posee más recursos para inducir una respuesta positiva entre sus pacientes. También cabe la posibilidad de que a los participantes les mereciera más credibilidad la intervención si quien les había llamado era su propio M/E.

En conclusión, en el presente trabajo los resultados obtenidos apoyan la intervención telefónica como un instrumento eficaz para aumentar la cobertura vacunal, sobre todo utilizada por personal sanitario. Sería necesaria la realización en nuestro medio de es-

tudios con asignación aleatoria que pudieran confirmar con mayor fuerza este hecho.

**C. Bou-Mias<sup>a</sup>, M. Zwart-Salmerón<sup>a</sup>,  
E. Calvet-Freixas<sup>b</sup>  
y J.C. Buñuel-Álvarez<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>EAP Girona-1. ICS. Girona. España.

<sup>b</sup>Técnico de Salud. ICS. Girona. España.

<sup>c</sup>Unidad de Atención al Usuario. ABS Girona-1. ICS. España.

1. Kellerman RD, Allred CT, Frisch LE. Enhancing influenza immunization. Postcard and telephone reminders and the challenge of immunization site shift. *Arch Fam Med.* 2000;9:368-72.
2. Brimberry R. Vaccination of high-risk patients for influenza: a comparison of telephone and mail-reminder methods. *J Fam Pract.* 1988;26:397-400.
3. Gaglani M, Riggs M, Kamenicky C, Glezen P. A computer reminder strategy is effective for annual influenza immunization of children with asthma or reactive airway disease. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:1155-60.
4. Larson EB, Olsen E, Cole W, Shortel S. The relationship of health beliefs and a postcard reminder to influenza vaccination. *J Fam Pract.* 1979;8:1207-11.
5. Frank JW, McMurray L, Henderson M. Influenza vaccination in the elderly, 2: the economics of sending reminder letters. *CMAJ.* 1985;132:516-21.
6. Nguyen-Van-Tam JS, Nicholson KG. Influenza immunization, vaccine offer, request and uptake in high-risk patients during the 1991/2 season. *Epidemiol Infect.* 1993;111:347-55.