

## Importancia de la información que reciben los pacientes de todo acto médico-quirúrgico que se les proponga

**Sr. Director:** La nueva Ley General de Sanidad 41/2002 (LGS) de 14 de noviembre refuerza y consolida la necesidad de informar al paciente sobre las consecuencias y las alternativas de su proceso. Dar información no sólo es una cuestión ética, sino también legal<sup>1</sup>. La información debe ser oral y escrita. El consentimiento informado, al igual que todo documento escrito médico, da testimonio de la información recibida. Para nosotros, el consentimiento informado es legalmente obligatorio desde 1986 para todos los procedimientos médico-quirúrgicos, como puede ser el acto anestésico, pero queremos ir más allá y creemos conveniente que ya el enfermo conozca la base de todo su proceso patológico, así como sus implicaciones, al recibir cualquier actitud terapéutica desde la propia atención primaria, puesto que para los pacientes todos estos documentos han sido percibidos como un documento exculpatorio donde el profesional no sería responsable de las complicaciones descritas en él cuando, en realidad, le garantiza información sobre su proceso. Pero la información que consta en cualquier consentimiento informado, informe clínico, prescripción facultativa, etc., ¿es la adecuada? y además, ¿lo gramos comunicarla? Informar no es comunicar. Somos conscientes que el qué y el cómo dar información al paciente no es tarea fácil, pero la comunicación es una técnica susceptible de ser aprendida.

Una sentencia del Juzgado de Primera Instancia número 8 de Granada con fecha del 22 de noviembre de 2003 condenó al facultativo responsable por no adecuar la información a la cultura del paciente. Citamos textualmente: «... la madre del pequeño, como representante legal suyo, tampoco fue informada de una manera personalizada, seria y rigurosa, pues se limitó a firmar un impreso 2 meses antes». El Juez anuló también el consentimiento informado por-

que «la progenitora del chico es casi analfabeta y con limitaciones culturales y de conocimiento para comprender lo que significaba la firma de dicho documento, o de cualquier otro documento que implicara un acto terapéutico sobre el chico». Comprenderán nuestra preocupación al leerla si tenemos en cuenta un trabajo realizado en el hospital de San Boi por Sala Blanch et al<sup>2</sup>. Los autores demostraron que un 3,4% de los pacientes encuestados tenía dificultades para leer y escribir, y según un estudio propio, un 2,7% de los pacientes entrevistados en nuestro entorno sanitario resultó ser analfabeto y el 49,5% tenía estudios básicos.

Las sentencias judiciales actuales ratifican la importancia de dejar constancia escrita de nuestro trabajo y plantean 2 cuestiones no resueltas: ¿cuánto tiempo debe establecerse entre la firma del consentimiento informado y el proceso médico-quirúrgico? Y, ¿cómo demostrar si la información ha sido comprendida por el paciente?

La incorporación a la sanidad pública de inmigrantes de muy diversas nacionalidades y culturas con un marcado desconocimiento de nuestros idiomas oficiales ha planteado nuevos desafíos. A las dificultades idiomáticas se añade el respeto a sus identidades culturales, el cual se contempla en el marco de la Constitución Española.

Los problemas idiomáticos los intentamos solucionar mediante la traducción del folleto explicativo y con la ayuda de intérpretes. Los problemas culturales, de intrincada solución, suelen derivarse del hecho de cuestionar nuestro trabajo simplemente por razón de sexo. Pero en todo esta acumulación de consideraciones, ¿estamos seguros de respetar sus ideas al aceptarles en nuestros centros de trabajo?, ¿aceptan a un intérprete como una persona ajena a su entorno que se está enterando de su consulta?, ¿estamos vulnerando su derecho a la privacidad?, ¿se traduce de forma adecuada la información que queremos expresar? Son reflexiones que nos hacemos en alto y de momento nos sentimos algo vacíos respecto a todo esto.

Creemos que los médicos debemos hacer un esfuerzo para que la información que se le ofrece a un enfermo no se convierta en una práctica burocratizada y deshumanizada que no tenga en cuenta la diversidad de

nuestros pacientes. La ley nos ha marcado el camino, las instituciones deben poner los medios.

**J.A. Romero-Santana**  
Hospital Povisa, S.A. Vigo. España.

1. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, n.º 274, viernes 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
2. Sala Blanch X, Moya Ruiz C, Edo Cebolella L. Utilidad de una hoja informativa ambulatoria informativa anterior a la visita médica preoperatorio. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2000;47:10-4.

## Vacunación antigripal en pacientes nonagenarios. Una elevada cumplimentación

**Sr. Director:** En relación con el excelente artículo sobre «Vacunación antigripal en atención primaria: análisis del proceso para aumentar las tasas de cobertura» recientemente publicado en su revista<sup>1</sup> nos gustaría realizar algunos comentarios y comunicar experiencias propias<sup>2,3</sup>. Así, en nuestro ámbito, después de comprobar en un estudio<sup>2</sup> inicial con personas mayores de 89 años una escasa cumplimentación de la vacunación antigripal (28%), realizamos un trabajo<sup>3</sup> posterior con el objetivo de comprobar la posible mejora de la cumplimentación, en dicho colectivo de sujetos, muy frágiles<sup>4</sup>, ya sólo por el criterio de edad<sup>5</sup>. En el estudio se incluyó a 305 habitantes mayores de 89 años de Sant Feliu de Llobregat (Barcelona). Se realizó durante el período octubre-noviembre de 2003 coincidiendo con la campaña de vacunación antigripal anual. Se consideró la baja incidencia descrita previamente de vacunación antigripal en nonagenarios y se estimuló

**Palabras clave:** Informática médica. Acto médico-quirúrgico. Consentimiento informado.

**Palabras clave:** Anciano. Envejecimiento. Vacunación antigripal.

especialmente a dicho colectivo, tanto a los propios pacientes como a sus cuidadores, por parte del personal médico y de enfermería del centro. Durante el período febrero-abril de 2004, acabada la campaña de vacunación, se realizó un control para evaluar el porcentaje de pacientes nonagenarios que había recibido la vacunación antigripal durante el último año, preguntando al paciente y al cuidador principal. Se comprobó dicha información en los registros sanitarios.

Se trataba de 143 mujeres (77%) y 43 varones, el 72% vivía en la comunidad y el resto en residencias. La mayoría, 166 pacientes (89%), habían recibido vacunación antigripal en la última campaña. No había diferencias estadísticamente significativas respecto al porcentaje de vacunación según la edad ( $p = 0,9$ ) o el sexo ( $p = 0,8$ ). El porcentaje de vacunación en los 49 pacientes institucionalizados era del 100%, con diferencias estadísticamente significativas con respecto al porcentaje de vacunación de los pacientes no institucionalizados (85%;  $p = 0,001$ ).

La aceptación de la vacunación está influida por factores personales que pueden impedir la y que hay que saber resolver. Además, es importante destacar, en relación con este grupo de riesgo de pacientes nonagenarios, que es básico evitar que sean víctimas de una discriminación (ageísmo), tanto en el plano social (su propios familiares frecuentemente ya no lo creen necesario) como por parte del sistema sanitario<sup>2,6</sup>. No obstante, con nuestro estudio se comprueba que con un correcto seguimiento de los pacientes en atención primaria se pueden conseguir tasas de vacunación muy aceptables. Una alta cumplimentación de la vacunación antigripal después de una campaña de vacunación es posible en determinados grupos de riesgo, intensificando el seguimiento en dicho grupo poblacional de acuerdo con lo expresado en el trabajo de Schwarz et al<sup>1</sup>.

**A. Ferrer<sup>a</sup>, F. Formiga<sup>b</sup>  
e I. Lombarte<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>ABS. San Feliu de Llobregat. Barcelona. España. <sup>b</sup>UFISS Geriatria-Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Schwarz H, Ortuño JL, Lattur A, Pedrera V, Orozco D, Gil V. Vacunación antigripal en atención primaria: análisis del proceso para aumentar las tasas de cobertura. *Aten Primaria*. 2005;36:390-6.
2. Formiga F, López-Soto A, Masanés F, Pujol R. Escasa cumplimentación de la vacunación antigripal en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:117-8.
3. Ferrer A, Formiga F, Lombarte I, Marqués M. Alto porcentaje de vacunación antigripal en pacientes nonagenarios después de una campaña educativa. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:557-8.
4. Formiga F, López-Soto A, Masanés F, Mascaró J, Sacanella E, Pujol R. Natural history of functional decline one year after hospital discharge in nonagenarian. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:1040-1.
5. Formiga F, Ferrer A, Pérez-Castejón JM, Henríquez E, Pujol R. Low comorbidity and male gender status in nonagenarian community-dwelling are associated with better functional and cognitive abilities. The NonaSantfeliu study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1836-37.
6. Ribera Casado JM. Nonagenarios: del nihilismo médico al qué hacemos con ellos. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:697-8.

## Réplica de los autores

**Sr. Director:** Hemos leído con gran interés la réplica a nuestro artículo realizado por Ferrer et al<sup>1</sup>.

De su experiencia, podemos afirmar que, tal como nosotros defendemos, hay grupos de riesgo diana para la vacunación antigripal (VAG) necesitados de una intervención programada, que están incluidos en los grupos de riesgo para la VAG aceptados institucionalmente, y que incluso son atendidos por nosotros sin que lleguen a tener acceso a la vacuna<sup>2,3</sup>.

También se hace evidente que, con los sistemas de información disponibles, es posible diseñar intervenciones simples altamente eficientes, y que en este caso tienen una relación coste-efectividad muy favorable y una repercusión sobre la morbimortalidad evitable fuera de toda duda.

**Palabras clave:** Vacunación antigripal. Ancianos. Intervenciones simples eficientes.

El ageísmo, discriminación por edad citado por los autores como uno de los factores a destacar en su análisis, nos parece un acertado elemento más que añadir a la relación de problemas que hay que analizar para implementar la VAG. Añadiríamos también cualquier otro grupo de pacientes que puedan ser objeto de la «ley de los cuidados inversos» descrita por Hart<sup>4</sup>, según la cual se presta mayor atención a las personas que se encuentran en menor riesgo, relegando por tanto a un segundo plano a aquéllos con mayores problemas y que, generalmente, tienen menor acceso a nuestros cuidados sanitarios.

Tal como recientemente ha comentado M. Soler Torroja, nuestro sistema sanitario está todavía en exceso centrado en un modelo curativo, y es fundamental reorientarlo hacia un modelo en el que haya un equilibrio entre la prevención y la promoción de la salud y las intervenciones curativas, para poder dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos<sup>5</sup>.

La reorganización del trabajo multidisciplinario en los equipos de atención primaria, la gestión propia de las consultas de atención primaria, junto con la implicación de la administración sanitaria para mejorar o eliminar las barreras administrativas existentes, de cara a permitir una atención más eficiente y una mayor satisfacción de los profesionales, son elementos necesarios para conseguir una intervención sanitaria de óptima calidad asistencial<sup>6</sup>. No obstante, el trabajo realizado por Ferrer et al nos demuestra una vez más que, a pesar de todo poder es querer.

**H. Schwarz-Chávarri<sup>a</sup>, J.L. Ortuño-López<sup>b</sup>, V. Pedrera-Carbonell<sup>c</sup>  
y V. Gil-Guillén<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Calidad y Formación. Dirección de Atención Primaria Área 18. Alicante. España. <sup>b</sup>Dirección de Atención Primaria Área 18. Alicante. España. <sup>c</sup>Dirección de Atención Primaria Área 17. Elda. Alicante. España. <sup>d</sup>Unidad de Investigación y Docencia, Área 17. Cátedra Lilly de Medicina de Familia. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan. Alicante. España.

1. Ferrer A, Formiga F, Lombarte I. Vacunación antigripal en pacientes nonagenarios. Una elevada cumplimentación. *Aten Primaria*. 2006;37:243-4.

2. Formiga F, López-Soto A, Masanés F, Pujol R. Escasa cumplimentación de la vacunación antigripal en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:117-8.
3. Schwarz Chavarri H, Ortuño López JL, Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D. Vacunación antigripal en el embarazo: de momento, una utopía. *Aten Primaria*. 2004;34:328-328. (OJO)(OJO).
4. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-12.
5. Soler Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;36:355-7.
6. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.

### Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas

Sr. Director: En relación con el trabajo de Al-Ghanem et al<sup>1</sup>, en el que analizan la relación entre un consumo moderado de alcohol y la mortalidad, con el fin de valorar si la relación beneficiosa entre alcohol y mortalidad por causa cardiovascular podría extrapolarse a la mortalidad por otras causas o bien a la mortalidad global, qui-

**Palabras clave:** Alcohol. Mortalidad. Vino.

siéramos realizar algunas puntualizaciones.

1. Los resultados obtenidos son discutibles debido a que no se incluyen todos los trabajos con la metodología que los autores establecen<sup>2-4</sup>, ni trabajos importantes previos a 1990 y posteriores a 2003.
2. El efecto del consumo moderado de alcohol sobre el cáncer de mama ha sido ampliamente estudiado y revisado, y no hay una opinión clara sobre cuál es la bebida alcohólica que puede favorecer el incremento del riesgo relativo de este tumor. Tampoco se puede decir tan tajante que «únicamente hay una relación beneficiosa por causa cardiovascular». Si se analizan con detenimiento las últimas publicaciones se puede observar que el consumo moderado de vino puede proteger el desarrollo del cáncer de pulmón (el cáncer más frecuente)<sup>5</sup> y de otros tumores<sup>5</sup>. La composición de las diferentes bebidas alcohólicas es diferente y, por tanto, los efectos sobre el cáncer, probablemente también. Sirva como ejemplo la concentración de polifenoles del vino (resveratrol, quercetina, etc.).
3. El efecto protector cardiovascular del consumo moderado de alcohol no se restringe hasta los 70 años, ni únicamente a varones<sup>5,6</sup>. Es obvio que por encima de los 40 años la mortalidad cardiovascular es la primera causa de muerte, superior a otras y, por tanto, realizar otras matizaciones en la segunda conclusión sobra. El resto de

las conclusiones nos parecen muy acertadas.

**L. Bujanda<sup>a</sup>, M. García-Barcina<sup>b</sup>, A. Cosme<sup>a</sup> y J.I. Arenas<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España. <sup>b</sup>Servicio de Genética. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

1. Al-Ghanem R, Marco A, Callao J, La-cruz E, Benito S, Córdoba R. Consumo moderado de alcohol y mortalidad por diversas causas. *Aten Primaria*. 2005;36: 104-11.
2. Muntwyler J, Hennekens CH, Buring JE, Gaciano JM. Mortality and light to moderate alcohol consumption after myocardial infarction. *Lancet*. 1998;352:1882-5.
3. Romelsjo A, Leifman A. Association between alcohol consumption and mortality, myocardial infarction, and stroke in 25 year follow up of 49,618 young Swedish men. *BMJ*. 1999;319:821-2.
4. Gronbaek MN, Becker PU, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Hein HO, et al. Beer, wine, spirits and mortality. Results from a prospective population study. *Ugeskr Laeger*. 2001;163:2946-9.
5. Prescott E, Grombaek M, Becker U, Sorensen TI. Alcohol intake and the risk of lung cancer: influence of type of alcoholic beverages. *Am J Epidemiol*. 1999;149:463-70.
6. Gronbaek M, Becker U, Johansen D, Gottschau A, Schnohr P, Hein HO, et al. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. *Ann Intern Med*. 2000;133:411-9.

#### Fe de errores

- En el artículo «Efectividad de las intervenciones grupal e individual avanzadas para el abordaje del tabaquismo en atención primaria», publicado en el número de 15 de noviembre de 2005 (*Aten Primaria*. 2005;36:426-5), aparecía un único autor debido a un error en la documentación remitida por los autores a la editorial. La lista completa de autores del trabajo es: María Ramos-Montserrat, Joana Ripoll-Amengual, Joana María Janer-Llobera, David Medina-Bombardó, Bartomeu Puig-Valls y Jesús Millán-Carmona.
- En este mismo artículo, el apartado «Objetivos» debe suprimirse ya que corresponde a otro trabajo.
- En el artículo «Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición», publicado en el número de 15 de noviembre de 2005 (*Aten Primaria*. 2005;36:456-61), aparece publicado el nombre de la Dra. Puri Mogán cuando el nombre correcto es Puri Magán.