Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Efectividad de un programa de intervención para mejorar el tratamiento anticoagulante oral de los pacientes con fibrilación auricular crónica en un área básica de salud

Objetivo. Mejorar el control de los pacientes con fibrilación auricular crónica (FAC) usando la terapia anticoagulante oral (TAO) en los casos en que existan indicaciones establecidas, mediante un programa de intervención multifactorial.

Diseño. Estudio casi experimental de intervención en un solo grupo de tipo antes-después, formado por todos los médicos de un área básica de salud (ABS).

Emplazamiento. ABS de Granollers Sur (Barcelona).

Participantes. Se recogió información, en septiembre de 2001 y en marzo de 2002, de todos los pacientes que reunían criterios de inclusión (diagnóstico de FAC registrado en la historia clínica de atención primaria [HCAP] y con alguna visita a su médico de cabecera en el último año) de los 7 médicos de medicina general que componen la plantilla del centro. En total 53 pacientes cumplieron los criterios de selección.

Intervenciones. *a)* Estudio inicial de la adecuación del TAO de los pacientes con FAC del ABS (septiembre del 2001); *b)* revisión del tema en sesión clínica del centro de atención primaria, con asesoramiento de un experto y la aceptación por consenso del equipo de las indicaciones de TAO propuestos con el apoyo de una guía clínica, y *c)* nuevo registro (marzo de 2002) de la adecuación del tratamiento en los mismos pacientes estudiados en septiembre del 2001.

Mediciones principales. Para la revisión de la adecuación del tratamiento con acenocumarol se registró la presencia de indicaciones de TAO en cada paciente (valvulopatía, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes, hipertiroidismo y edad superior a 75 años) (fig. 1), la ausencia de contraindicaciones (rechazo del paciente, caídas/riesgo de caídas, episodios previos de hemorragia) y la terapia con acenocumarol. La eficacia de la intervención se analizó comparando la diferencia en valores absolutos de los tratamientos indicados al principio y al final de la intervención con la prueba de la χ^2 y un valor de p igual o inferior a 0,05 (fig. 2).

Resultados. La prevalencia de la FAC en el ABS Granollers-Sur en mayores de 65 años es del 2,52%. En la primera revisión, en el grupo de pacientes en que existía indicación tomaban acenocumarol el 70,5% y el 29,5% no. En la segunda revisión, después de la intervención, el 88,6% de los pacientes con indicación recibían TAO. Esta mejoría del 18,1% en la adecuación de la TAO en las indicaciones consensuadas era significativa ($p < 0,01$).

Discusión y conclusiones. Las guías clínicas han demostrado ser herramientas eficaces para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria cuando presentan una estructura válida. En nuestro estudio usamos un protocolo para mejorar el tratamiento de un problema de salud que últimamente está siendo objeto de numerosas revisiones porque afecta a más de un 2,5% de los individuos mayores de 65 años y les ocasiona un riesgo de padecer tromboembolismos sistémicos del 5,6% anual. Se sabe que este riesgo se puede reducir en dos tercios cuando estos pacientes reciben TAO[1]. Sin embargo, hemos constatado la evidencia de que la TAO se utiliza de manera insuficiente en atención primaria y en nuestra área. Tal vez debido a que no existe absoluta unanimidad en las indicaciones para este tratamiento, hemos escogido un método basado en estándares internacionales[2] y en el consenso de los profesionales del centro de salud asesorados por un especialista en cardiología del hospital de referencia, para elaborar un protocolo que adquiere su máxima validez en nuestro entorno de trabajo particular. Este método se nos presenta como la alternativa más válida por reunir algunas de las condiciones que caracterizan una guía clínica de buena calidad[3]: asociarse a una área de salud determinada, estar elaborada de manera multidisciplinaria, referida a un problema de salud crónico y relacionada con la cartera de servicios. En nuestro estudio hemos observado una mejora significativa en las indicaciones establecidas de TAO tras la implantación de un protocolo clínico trascurrido un período de 7 meses, y consideramos que esta herramienta, junto al estímulo que suponen las actividades de investigación, ha resultado útil para luchar contra la incertidumbre y facilitar la toma de decisiones del médico de familia en los pacientes con FAC.

Hemos de recordar que la incertidumbre es una característica omnipresente en la práctica médica, pero que preocupa a los profesionales porque, además, les puede provocar sufrimiento psicológico. Éste se puede presentar en forma de ansiedad a consecuencia del conflicto que podría ocasionar a los médicos la percepción de que la medicina no es una ciencia exacta, mientras que, al mismo tiempo, las expectativas de la población y la cultura de la profesión actúan como si lo fuera[4]. La incertidumbre puede conducir, a través de este fenómeno y por otras vías, al error y puede actuar como fuente de desmotivación en los profesionales. La investigación clínica y la protocolización de la forma de actuar frente a determinadas

Palabras clave: Fibrilación auricular crónica. Tratamiento anticoagulante oral. Programa de intervención. Guías clínicas. Atención primaria.

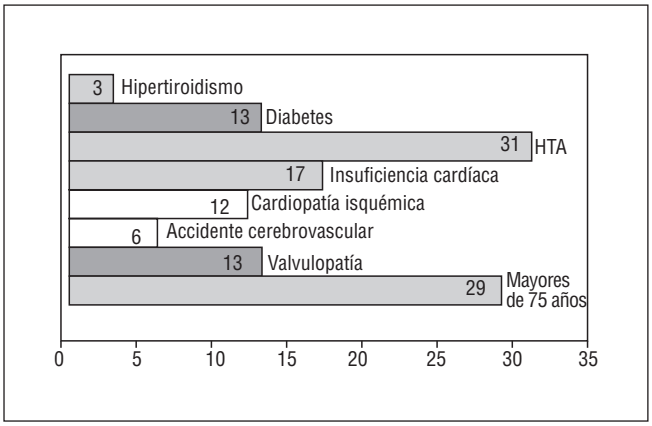


FIGURA 1. Prevalencia de los factores de riesgo tromboembólico.HTA: hipertensión arterial.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

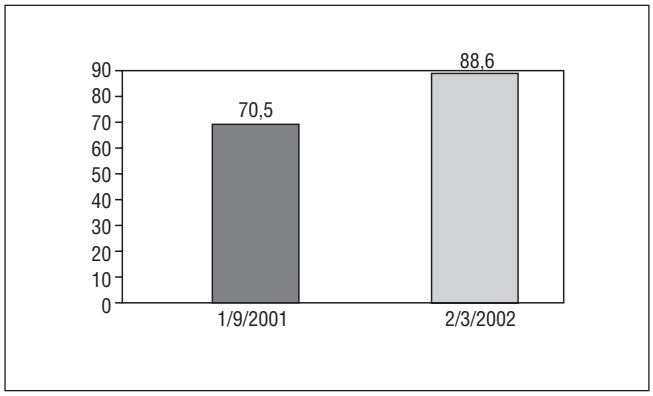


FIGURA 2. Porcentaje de tratamientos correctamente pautados según indicaciones establecidas. Significación estadística de la prueba de la $\chi^2 < 0{,}01$.

patologías, además de ser una de las actividades que todo equipo de atención primaria debe desarrollar, pueden actuar como mecanismo de protección ante la ansiedad y ser, al mismo tiempo, fuente de motivación en los equipos de atención primaria, con el consiguiente beneficio para la calidad de los servicios y los pacientes.

Si bien no era el propósito de este estudio elaborar formalmente una guía de práctica clínica siguiendo todas las recomendaciones existentes para su diseño[5], sí hemos conseguido algunos de los objetivos para los que se demuestran más útiles estas herramientas y que legitiman su validez[6]. A nuestro juicio, hemos conseguido alcanzar una mejor práctica clínica y hemos obtenido una mejora de la calidad asistencial con el consiguiente beneficio esperado para nuestros pacientes. Buena parte del éxito de esta intervención cabe imputarlo al hecho de que el protocolo ha sido elaborado en el centro de salud por los propios profesionales, porque esto quiere decir que el documento ha llegado a todos ellos y que éstos lo entienden y, por consiguiente, también lo utilizan. Conocedores de que la divulgación de estos documentos representa todavía un gran inconveniente para su implantación, nuestro grupo de trabajo piensa que sigue siendo beneficioso que las guías se elaboren por los profesionales en el mismo de centro de salud, aunque sea adaptando con pocas modificaciones otras ya existentes y, a poder ser, con el asesoramiento de expertos que ayudan a los médicos de familia a refrescar la materia[7]. Ello supone, en la mayoría de casos, una motivación adicional, y es bastante aconsejable desde el punto de vista académico-científico y de comunicación entre niveles asistenciales, dadas ciertas limitaciones presentes en atención primaria y que nada tienen que ver con este contexto, como la escasez de recursos y precariedad laboral a que se enfrentan algunos profesionales de nuestra geografía.

A pesar de que los resultados han sido favorables con esta intervención, y con la prudencia de que no usar la TAO es razonable cuando se estudian a fondo las cuestiones clínicas particulares de cada caso, todavía queda margen de mejora en el manejo con esta terapia. El autocontrol de los pacientes mediante sangre capilar podría suponer un avance de primer orden en el tratamiento de estos pacientes, con el consiguiente aumento de los enfermos que inician TAO según las indicaciones establecidas.

En general, consideramos que la intervención, basada en un estudio de revisión del estado de la materia y una sesión clínica interna a fin de consensuar un protocolo clínico con las indicaciones establecidas para instaurar la TAO, ha sido efectiva para mejorar el control de los pacientes con FAC.

Agradecimientos. Al cardiólogo Dr. José María Mercader Cuesta, del Hospital General de Granollers, por su amabilidad y por el material científico aportado en la sesión clínica en el Centro de Salud Granollers Sur.
A los médicos del Centro de Salud Granollers Sur por su participación en las sesiones de trabajo y apoyo al presente estudio.

J. Sobrequés, J. Espinasa y J. Cebrià
Médicos de Familia. Centro de Salud de Granollers Sur. Barcelona. España.

1. Connolly SJ. Anticoagulation for patients with atrial fibrillation and risk factors for stroke. BMJ 2000;320:1219–20.
2. Fuster V, Ryden LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2001;38:1231–66.
3. Saura-Llamas J, Saturno PJ, Romána JR, Gaona JM, Gascón JJ. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. Aten Primaria 2001;28:525-34.
4. Loayssa JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria 2001;28:560-4.
5. Saturno PJ. Estrategias de implantación de las actividades de evaluación y mejora de la calidad. El ciclo evaluativo o ciclo de mejora de la calidad. En: Saturno PJ, editor. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Universidad de Murcia, DuPont Pharma, 1997.
6. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Guías de práctica clínica. FMC 1995;2:152-6.
7. Arroyo E, Mora G, Abón A, Araujo MS, Capdevila C, Gutiérrez MJ. Tratamiento anticoagulante oral en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Aten Primaria 2002; 30:284-9.

Edemas maleolares atribuidos al piroxicam

Introducción. El piroxicam es una carboxamida N-heterocíclica con actividad analgésica y antiinflamatoria. Es un potente inhibidor de la síntesis de prostaglandinas y debido a su larga vida media plasmática (36-58 h) es posible su administración en dosis única diaria. El laboratorio fabricante señala que es un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) indicado en diversas afecciones que precisan acción antiinflamatoria, analgésica o ambas, tales como artritis reumatoide, osteoartritis (artrosis, enfermedad degenerativa articular), espondilitis anquilosante, trastornos osteomusculares, gota aguda y dismenorrea primaria en pacientes de 12 o más años de edad.

La incidencia de efectos adversos debidos al piroxicam ha sido ampliamente estudiada y varía del 15 al 30% siendo similares a los causados por otros antiinflamatorios no esteroidos. Los efectos adversos más comunes relacionados con el piroxicam son los gastrointestinales, aunque se han descrito otros

Palabras clave: Edemas. Piroxicam. Efectos adversos.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

con menor frecuencia como los que afectan al sistema nervioso central, a la piel, a la sangre, e incluso se ha comunicado en un pequeño porcentaje de pacientes cierto grado de afección renal y electrolítica con aparición de edemas, principalmente maleolares. Presentamos a continuación un caso de aparición de edemas maleolares detectado en nuestra consulta de Medicina de Familia y atribuido al piroxicam.

Caso clínico. Se trata de un varón de 58 años con antecedentes de bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His y cervicoartrosis. Consultó 6 meses antes por dolor e impotencia funcional del hombro derecho. Había sido infiltrado con glucocorticoides en ese hombro 8 meses antes aquejado de otro episodio de dolor. La exploración física reveló dolor a la palpación en la cara anterior del hombro derecho con gran impotencia funcional e imposibilidad para la abducción y la rotación del hombro. Con el diagnóstico de sospecha de atrapamiento del tendón bicipital a nivel subacromial, iniciamos tratamiento con reposo, brazo en cabestrillo y un comprimido de Feldene Flas® cada 12 h, y se le aconsejó revisión al cabo de una semana.

A los 8 días refería mejoría clínica importante del dolor del hombro. Sin embargo, desde el día anterior presentaba hinchazón de los tobillos con algunas parestesias en el miembro inferior derecho. La exploración reveló discretos edemas maleolares con fóvea negativa. Suspendimos el tratamiento con piroxicam, con lo que a los dos días los edemas maleolares habían desaparecido.

Discusión y conclusiones. Los AINE se han convertido en una parte fundamental del tratamiento de las enfermedades reumatológicas, constituyendo el grupo farmacológico más prescrito en la práctica médica diaria.

La afección renal producida por AINE se cita con frecuencia creciente en la bibliografía médica, habiéndose descrito casos de fracaso renal agudo, insuficiencia renal crónica, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, trastornos en el metabolismo del agua, trastornos del equilibrio electrolítico y vasculitis sistémica.

Muchos de los efectos indeseables de los AINE dependen en primer lugar de su capacidad de inhibir la ciclooxigenasa, enzima clave en la síntesis de las prostaglandinas. De manera generalizada se acepta la participación de las prostaglandinas en el mantenimiento de algunas funciones renales como la excreción de sodio, potasio y agua, el mantenimiento de la hemodinámica intrarrenal, la función tubular renal y la secreción de renina del aparato yuxtaglomerular.

En presencia de alteraciones que produzcan una disminución de la perfusión renal, la inhibición en la síntesis y excreción de prostaglandinas puede favorecer la vasoconstricción renal, con la correspondiente disminución en el flujo plasmático renal y retención de sodio y agua (incluso en individuos sanos). La inhibición de las prostaglandinas en individuos sanos puede producir retención de sodio y potasio.

La retención de sodio se ha descrito en casi el 25% de los pacientes tratados con AINE y es un hecho característico de prácticamente todos estos fármacos. Esa disminución en la excreción de sodio puede ocasionar ganancia de peso y edema periférico. Nuestro paciente, sano por lo demás, recibió piroxicam a una dosis ciertamente elevada durante una semana, lo que probablemente ocasionó una mayor inhibición de prostaglandinas y la aparición de los edemas maleolares que rápidamente desaparecieron al suspender el tratamiento. El caso se comunicó al programa de farmacovigilancia (tarjeta amarilla).

En conclusión, la incidencia de nefrotoxicidad en pacientes tratados con AINE es escasa, a pesar de su uso generalizado. No obstante, probablemente pasen inadvertidos episodios con escasa repercusión clínica sobre la función renal. Aunque la repercusión sobre dicha función renal, en general, es discreta y la recuperación al suspender el tratamiento suele ser la norma, es recomendable prestar atención ante la posible aparición de estos signos y síntomas y la monitorización seriada de la función renal en los pacientes con posibles factores de riesgo como edad avanzada, depleción de volumen, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, cirrosis hepática, etc.

Agradecimientos. Al Dr. Martínez Castelao, del Servicio de Nefrología del Hospital de Bellvitge Prínceps d'Espanya de L'-Hospitalet de Llobregat, en Barcelona, por la ayuda prestada en la revisión bibliográfica.

S. Pertusa Martínez[a], C. Real[b], M. Oropesa[b] y N. Talens[b]

[a]Doctor en Medicina. Médico de Familia. Tutor extrahospitalario de residentes. [b]Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Alicante. Centro de Salud de Carrús. Elche (Alicante). España.

Blechman WJ, Meisel AD. Piroxicam: assessment of efficacy in a large patient population. Curr Ther Res 1986;40:403-10.

Castelao AM, Gil-Vernet S, Poveda R, Andrés E, Griñó JM, Alsina J. Nefrotoxicidad de los antiinflamatorios no esteroides. Nefrología 1986;6:39-47.

Craig Brater D, Harris C, Redfern JS, Gertz BJ. Renal effects of COX-2-selective inhibitors. Am J Nephrol 2001;21:1-15.

Garella S, Matarese RA. Renal effects of prostaglandins and clinical adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory agents. Medicine 1984;63:165-81.

Gerber D. Drug interactions and reactions update: adverse reactions of piroxicam. Drug Intelligence and Clinical Pharmacy 1987;21:707-10.

Palmer BF. Renal complications associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory agents. J Investig Med 1995;43:516-33.

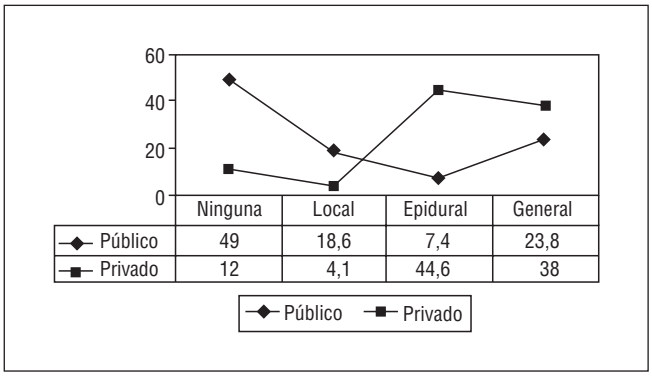
¿Se diferencian los partos en clínicas públicas y privadas?

Introducción. Existen en la bibliografía referencias a la diferente asistencia al parto según el tipo de aseguramiento (público o privado): mayor protagonismo de la mujer en las decisiones[1], mayor empleo de intervenciones obstétricas[2-4] y mayor uso de anestesia[5,6] en los centros privados.

Objetivo. Describir las diferencias en la atención al parto en servicios sanitarios públicos y privados.

Palabras clave: Parto. Servicios sanitarios privados. Anestesia obstétrica.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



	Ninguna	Local	Epidural	General
Público	49	18,6	7,4	23,8
Privado	12	4,1	44,6	38

FIGURA 1. Diferencias en la aplicación de anestesia (en porcentajes).

Diseño. Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de salud urbano. Zona básica de salud de nivel socioeconómico medio-alto.

Participantes. Mujeres que realizaron educación maternal en el Centro de Salud Limonar entre 1995 y 1998 (n = 736).

Intervenciones. Recogida de información en el posparto inmediato mediante autocuestionario anónimo. En cuanto a las mediciones principales, las variables de estudio son sociodemográficas, así como las características del parto: tipo de parto, peso del recién nacido y presentación, presencia de la pareja y percepción dolorosa de la mujer. Se comparan los grupos según el parto tuviera lugar en servicios públicos o privados mediante el test de la χ^2 para variables cualitativas y el de la t de Student para las cuantitativas (U de Mann-Whitney si no se cumplen los supuestos paramétricos), para un alfa de 0,05.

Resultados. Se recoge información de 395 mujeres, de las cuales 270 (68,4% [62,8-73,94%]) parieron en el sistema público y 125 (31,6% [23,45-39,75%]) en el privado. Existen diferencias significativas en el estado civil, la situación laboral y el nivel de estudios: más parejas de hecho y mayor nivel de estudios en las mujeres que acuden a centros públicos y trabajan más fuera de casa las que acuden a centros privados. La percepción del dolor es mayor en el sistema público (55,2% de partos dolorosos frente al 43,3% en los centros privados). La utilización de anestesia fue significativamente mayor en las clínicas privadas (fig. 1). El parto fue eutócico en el 62,6% de los casos en los centros públicos y en el 54% en los privados; vacuo en el 13 y el 23,3%, y con fórceps en el 2,9 y el 8,3%, respectivamente. No existen diferencias en edad (media de 31 años), cobertura eficaz de la educación maternal, peso del recién nacido, paridad (media, 1,4 hijos), presentación fetal, asistencia de la pareja al parto y cesáreas (21,5% en los centros públicos y un 22,5% en los privados).

Discusión y conclusiones. Aunque existe similar perfil de riesgo obstétrico, se producen más intervenciones tocúrgicas en los servicios privados (riesgo dos veces mayor *odds ratio* [OR], 2,13 [1,38-3,28]). Se considera bajo el empleo de anestesia epidural en el sistema público frente al privado, coincidiendo con otros estudios[5], lo que determina una mayor vivencia dolorosa del parto. Algunos autores encuentran[6] que el mayor determinante del uso de anestesia en el parto es el tipo de aseguramiento. Respecto a los sesgos de nuestro estudio cabe resaltar el diseño transversal, el hecho de que el cuestionario para la medición de las variables no esté validado y que la fuente de datos sobre aspectos clínicos fuese la propia mujer, así como las pérdidas de información por falta de respuesta. Los datos se refieren a años en que la práctica de la anestesia epidural no estaba aún muy extendida; probablemente la situación sea distinta en el momento actual. La población de la zona básica está muy seleccionada por características de nivel socioeconómico y por ser criterio de selección la participación en educación maternal; sin embargo, creemos que sólo en una población de estas características ha sido posible conseguir un grupo tan amplio de gestantes que acuden a servicios privados. Con todo, consideramos este trabajo una aproximación inicial al estudio de esta situación.

Como conclusiones destacamos que en los centros privados se realizan más intervenciones en el parto, se emplea más anestesia epidural y general, y la vivencia dolorosa del parto es menor respecto a los centros públicos en mujeres de nuestra zona básica de salud.

F. Muñoz Cobos[a], A. Carrasco Rodríguez[b], I. Ortega Fraile[c] y J. Hernández Romero[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. España. [b]Trabajadora Social. Centros de Salud San Andrés-Torcal y Huelin. Málaga. España. [c]Matrona. Centro de Salud Limonar. Málaga. España. [d]Enfermero. Centro de Salud Limonar. Málaga. España.

1. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. BMJ 2000;321: 1501-5.
2. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. BMJ 2000;321: 125-6.
3. Di Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, Mallone S. Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area-based study in central Italy. Prev Med 1996;25:178-85.
4. Chanrackakul B, Herabutya Y, Udomsubpayakul U. Epidemic of cesarean section at the general, private and university hospitals in Thailand. J Obstet Gynaecol Res 2000;26:357-61.
5. Chan YK, Ng KP. A survey of the current practice of obstetric anaesthesia and analgesia in Malaysis. J Obstet Gynecol Res 2000;26:137-40.
6. Obs TE, Nauenberg E, Buck GM. Maternal health insurance coverage as a determinant of obstetrical anesthesia care. J Health Care Poor Underserced 2001; 12:177-91.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

A propósito de la III Semana sin Humo semFYC: ¿cuánto y cómo intentan dejar de fumar nuestros pacientes fumadores?

Sr. Director: La III Semana sin Humo se desarrolló con gran éxito la última semana de mayo de 2002. Al igual que el año pasado, el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza ha intentado participar activamente en este evento[1]. Se organizó una mesa informativa atendida por los médicos residentes del centro durante 4 h diarias. En esta mesa se recogían firmas por un ambiente sin humo, a los pacientes fumadores se les realizaron una encuesta y una cooximetría, y se les informó de la existencia y el funcionamiento de la consulta de ayuda al fumador del centro. Se captó a 107 fumadores, de los que el 53,9% eran mujeres. Del total de fumadores, el 48,5% tenía entre 21 y 40 años, y el 65,4% fumaba más de 10 cigarrillos al día. Al determinar el monóxido de carbono se observó que un 53,8% daba lecturas de entre 10-20 partes por millón, no tanto en relación con el consumo habitual de tabaco como con el tiempo transcurrido desde el último cigarrillo fumado. Del total de fumadores, un 72,2% había dejado de fumar en alguna ocasión al menos 24 h, en ocasiones en relación con procesos respiratorios agudos u otro tipo de patología aguda. El número de intentos de dejar de fumar en el pasado más frecuentemente comunicado por los fumadores fue uno o dos en el 60% de los encuestados. El período más largo que se habían mantenido sin fumar en el 45,5% de los casos fue de menos de dos meses. Para la deshabituación tabáquica no utilizó ningún tipo de ayuda el 83,3%. El principal motivo de la recaída resultó ser la adicción en un 52,8% (en este apartado se incluyeron el deseo compulsivo de fumar [41,1%] y la ansiedad [11,6%]). Por último, se preguntó a los encuestados si conocían la consulta de deshabituación tabáquica que funciona en el centro de salud, a lo que respondió negativamente un 55,6% y no sabía cómo funcionaba un 78,1%. Un 44% de los encuestados afirmó que estarían interesados en citarse en la consulta para obtener más información o comenzar un programa de deshabituación tabáquica. De los datos obtenidos llama la atención que un elevado porcentaje de los encuestados quiere dejar de fumar, pero pocos lo consiguen definitivamente. Se confirma que los principales motivos del fracaso al intentar dejar de fumar son la adicción que crea el tabaco, el desconocimiento de las posibles ayudas que se ofertan desde el ámbito médico y la aceptación social todavía muy alta del hábito tabáquico (un 35,2% de los fumadores han confesado que vuelven a fumar en actos sociales o por la presión del ambiente de trabajo).

Palabras clave: Deshabituación tabáquica. Tabaquismo. Atención primaria.

Es muy relevante el hecho de que en esta serie casi el 85% de los fumadores admite haber intentado dejar de fumar por sí mismos sin ningún tipo de ayuda. Según estudios previos solamente un 1-2% de la población general consigue dejar de fumar espontáneamente sin ninguna clase de ayuda ni intervención sanitaria[2]. Nuestro sistema sanitario no está consiguiendo encauzar el deseo de ayuda de estos pacientes y ofrecerles una terapia específica. Dentro del sistema sanitario también está fracasando la atención primaria, aunque puntualmente pueda haber algunos avances esperanzadores. En el Reino Unido también se ha estimado que la mayoría de los fumadores intenta dejar de fumar por sí mismos a pesar de existir más de 500 unidades de tabaquismo[3]. Las dos causas principales de este fracaso son que sólo se interviene con algunos fumadores, generalmente los que tienen patología asociada al tabaco, y que no se suele ofrecer soporte farmacológico. Está demostrado que, en general, la terapia de soporte farmacológico multiplica por tres o más el porcentaje de éxitos medidos en abandonos consolidados[4].

Lo que se puede concluir a partir de la experiencia de esta Semana sin Humo es que hay que ser más sistemático a la hora de intervenir en pacientes fumadores, aconsejar no sólo a los que presentan patologías crónicas, sino también a los que están asintomáticos, y tanto a los que fuman 40 cigarrillos al día como a los que fuman 10. Lamentablemente sabemos que sólo uno de cada tres fumadores es aconsejado por su médico de familia para que abandone el tabaco[5,6]. Disponemos de medidas terapéuticas efectivas y debemos estar atentos para ofrecérselas a los fumadores que estén realmente preparados para dejar de fumar. Es importante ser sistemático a la hora de hacer la intervención breve o mínima en fumadores. Es también muy importante organizar al centro para ofrecer ayuda específica a los fumadores que precisen terapia farmacológica y un programa de seguimiento, bien individual o grupal. Hay que conocer de qué recursos disponemos en nuestro entorno para derivar a los fumadores con los que no hayamos obtenido éxito, después de intentarlo de forma efectiva y organizada. Es importante, en suma, dejar de ser neutrales, inactivos, tibios o perezosos ante el primer problema de salud pública que tiene delante todo el sistema sanitario y, en primer lugar, la atención primaria. La Semana sin Humo de la semFYC puede contribuir a alcanzar esos objetivos. Apoyemos la Semana sin Humo cada año, pero también cada día.

M.J. Benavides Moraz, A.B. Escobar Oliva, E. González Espallargas y N. Blanco López
Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. España.

1. Córdoba R, González I, Cuello MJ, Montañés JA. A propósito de la II Semana Sin Humo de semFYC: ¿cuántos fumadores están preparados para dejar de fumar en atención primaria y qué podemos hacer por ellos? Aten Primaria 2002;29:150-5.
2. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA 2000;283:3244-54.
3. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-99.
4. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA, Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Aten Primaria 2001; 27:629-36.
5. Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin O, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. BMJ 1992;305:871-4.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

6. Subias P, García-Mata JR, Perula L, Grupo de Evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria 2000;25:383-9.

Apoyo psicológico y psicooncología

Sr. Director: Hemos leído atentamente la carta de Melchor Penella et al[1] sobre el apoyo psicológico en el enfermo oncológico, donde expresan con claridad una concepción que no podemos compartir. Los autores emplean varias veces expresiones como «apoyo psicológico», «apoyo especializado» y «unidades de apoyo» sin definir qué entienden por cada uno de estos conceptos. Al utilizar un lenguaje coloquial el apoyo psicológico deja de ser una técnica psicológica terapéutica y se usa como una fórmula genérica («deben proporcionarlo todos los profesionales») que se emplea como sinónimo de apoyo emocional al paciente y (esperamos) a sus familiares. El apoyo especializado es un concepto difuso, pues no define a qué tipo de apoyo se refiere, sino al sujeto que lo dará (especialista) sin definir la especialidad. Entre tanto «apoyo» nos encontramos con unas ¿unidades de apoyo? que no se definen y cuya existencia desconocemos. La confusión que generan las afirmaciones realizadas por expertos cuando no aportan la definición de los conceptos que utilizan alcanza su máximo al trasladar ese lenguaje coloquial o retórico a las revistas científicas. Afirmaciones como «la atención primaria debe abordar la intervención psicológica del paciente y su familia» son totalmente inadecuadas en la realidad sanitaria actual. Apoyar en el diccionario[2] tiene un claro significado de ayuda, pero intervenir implica dos posibilidades: o bien la cualidad de entrometerse, o bien la cualidad de actuar (con autoridad). La autoridad, en este caso (valorando en su justa medida la necesidad de una formación humanista tanto en el ámbito curricular como posgrado de los médicos), implica una formación específica[3] que justifica la capacidad de realizar una evaluación y un psicodiagnóstico de las necesidades psicológicas del enfermo para actuar a través de unas técnicas (psicoterapia). Todos los profesionales estamos de acuerdo en la necesidad de la prestación del apoyo psicológico al enfermo oncológico y a su familia, pero tal vez no nos resulte tan fácil ponernos de acuerdo sobre el sentido de esa necesidad. Desde nuestro punto de vista, el apoyo debe ser entendido, en cualquier caso, como especializado, cuidadosamente planificado e institucionalizado a través de programas específicos de atención, apoyo y tratamiento psicológico. En este sentido la psicooncología es una disciplina que cada día se consolida más claramente como una necesidad, como reflejan las páginas y documentos del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU. (www.cancer.gov/), donde, por cierto, podremos encontrar ampliamente reflejado el sentido del apoyo psicológico y de la psicoterapia, para aliviar y tratar el distrés (sufrimiento) y la psicopatología presentes en el enfermo oncológico.

Palabras clave: Apoyo psicológico. Apoyo emocional. Psicooncología.

P.T. Sánchez Hernández[a], J.M. Iranzo Miguélez[b] y C. Camps Herrero[c]

[a]Psicólogo clínico. Responsable del Programa de Apoyo y Tratamiento Psicológico del enfermo oncológico y sus familiares, y del Apoyo y Tratamiento Psicológico en el programa PALET. [b]Jefe de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. [c]Jefe del Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España.

1. Melchor Penella A, Palop Larrea V, Belenguer Varea A, De Vicente Muñoz T. Apoyo psicológico en el enfermo oncológico. Aten Primaria 2002;30:72.
2. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos, 1988.
3. Orden Pre 1107/2002 de 10 de mayo (BOE 18 de mayo de 2002, pags. 17897 y ss,) que regula las vías de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Desarrollando el Real Decreto 2490/1998 de 20 de noviembre que establece la creación de la Especialidad de Psicología Clínica.

Congresos, universidad y otra serie de males

Sr. Director: Resultó gratificante leer la carta al director de nuestro colega Medina i Bombardó[1], puesto que ya era hora de que se fuera haciendo una especie de «acto de contrición» en el seno de nuestra sociedad. Debo hacer constar que en no pocas ocasiones he estado tentado de hacer este tipo de acertada reflexión, si bien creo que no habría podido expresarlo con mayor claridad y puntualización que nuestro mencionado colega.

Ha estado muy acertado a la hora de encuadrar en todo este movimiento de intereses meramente lucrativos la figura de la universidad española. No debemos olvidar que ella es la que nos lanza al mundo laboral y a la vorágine que el examen del MIR (médico interno residente) para todos nos supuso. Algunos nos planteamos si esta institución no ha dejado de ser en la actualidad la emisora del resguardo que te permite presentarte a tan temido examen.

Ella es la que en teoría debiera saber preparar, mentalizar y encauzar el futuro del incipiente y novato licenciado en medicina. Me refiero a su realidad teórica, puesto que en la realidad todos sabemos que el enfoque del médico en la universidad es parcial y surrealista: congrega a una serie de especialidades con enfoques parciales propios de cada especialidad y donde ellos intentan ser el centro de la medicina en el tiempo que están en la palestra del aula. La figura del médico de atención primaria, si no denostada o menospreciada, pasa por ser algo indicado para los que tienen escasa valía, pocas capacidades intelectuales o, desesperados por acceder a una especialidad, se apuntan al carro de la medicina de familia como vía fácil de entrada en una especialidad clínica. Seamos sinceros, pues por desgracia es así, muy a nuestro pesar.

Seamos, por tanto, realistas: hasta hace muy poco tiempo los exámenes del MIR exclusivos para plazas de medicina de familia se toman como un examen de prueba o calibración antes del «MIR de verdad». Como comprenderemos, con esas connotaciones menospreciativas, los estudiantes de medicina no podrían –por más que quisiéramos– ver en nuestra especialidad una salida digna ni mucho menos atractiva.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 18/06/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tal vez medidas tales como la creación del «día del médico de familia» en la universidad –como forma de difusión de lo que en realidad es nuestra especialidad– podrían ser actos puntuales de cierta repercusión futura. Son llamadas de atención simple y de fácil realización que pueden facilitar la paulatina entrada de nuestra especialidad en ese medio tan cerrado, endogámico y delimitado.

Por otra parte, habría que ver el número de asistentes a nuestros congresos nacionales en el hipotético caso de que ninguno de los laboratorios farmacéuticos realizara inscripciones ni facilitaran ayudas o pagaran por su presencia en las zonas comerciales. Posiblemente se podrían celebrar los congresos anualmente en casa de cada uno de los asistentes de forma rotatoria, al igual que organizamos comidas en nuestras casas con los amigos. Se ganaría en confraternización, economía y rentabilidad de esfuerzos, ¿no? Bien pocos serían los que, si de su bolsillo dependiera, desembolsaran tan ingentes cantidades por la asistencia ni al congreso nacional ni al autonómico. Les saldría más económico el hacer sus «vacaciones anuales» de otra forma.

Algo que siempre me ha llamado la atención en este tema de los congresos es el hecho de la escasa o nula rentabilidad de la asistencia que se obtiene por parte de la empresa que nos paga. Toda esa ingente cantidad de conocimientos, información, contactos o experiencias se queda en nuestro pozo particular de sabiduría. Ello no se transmite al resto de los integrantes del equipo, puesto que nuestra misma empresa no se encarga de ello, con la considerable pérdida de inversión que ello puede suponer. De los congresos tan sólo se sacan los famosos pichigüilis o regalos de los laboratorios de la zona comercial, fotos de recuerdo y anécdotas a contar. Nunca se ha encargado (en mi experiencia) de realizar algún tipo de sesión clínica, charla o reunión donde poder traspasar al resto de los integrantes del centro de salud los «usufructos» del congreso. Hay que recordar que nuestra empresa nos ha facilitado una serie de horas remuneradas para nuestra formación y la misma no cae en el hecho de rentabilizar tal inversión con la difusión operativa de esos conocimientos en el resto de sus empleados.

Claro está, se me olvidaba que las empresas estatales deben caracterizarse por la pérdida de euros, el descontrol absoluto y la irresponsabilidad de sus dirigentes a los que tan sólo apremian los votos que facilitan la estancia en la poltrona y el acoso al médico de familia en el tema del control de gasto farmacéutico, mientras que al médico del medio hospitalario se le dota de toda suerte de medios técnicos y se le libera de la responsabilidad de una prescripción razonada mediada por genéricos (algunos de dudosa utilidad) y prescripciones por principio activo que inducen al incumplimiento terapéutico.

M.M. Ortega Marlasca
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. España.

1. Medina i Bombardó D. Congreso semFYC: ¿una inversión científica o una fuente de ingresos? Aten Primaria 2002; 29:389-90.