

CARTAS AL DIRECTOR

recomendaciones al respecto de las diferentes sociedades internacionales, y *b) sesgo de método*: por un lado no se daban unas recomendaciones previas a los pacientes para que las tomas se hicieran en condiciones ideales, ni como ya se ha comentado se tuvieron en cuenta las calibraciones ni las validaciones de los diferentes aparatos que se usaron para las mediciones. Por otro lado, tanto el tiempo transcurrido entre unas y otras tomas, que en algunas ocasiones fueron incluso de 2 horas, como el desconocimiento de las distancias a las que se encontraban las oficinas de farmacia de los CS, el tiempo de espera real de cada paciente, o las condiciones individuales en que se tomaron a los pacientes dichas mediciones (como ya reconocen los autores en su discusión), podrían haber influido en la variabilidad intrínseca de la PA y, así mismo, poder «artefactar» el estudio de comparabilidad.

– Creemos que la posible existencia de algún sesgo en la toma de PA en las consultas de enfermería (CE) (como el redondeo a 0 o 5 o la no calibración de los EM) son errores fácilmente subsanables y, por tanto, no excluiría, como se demuestra en otros estudios, a las tomas por enfermeros/as como las más apropiadas y posiblemente de referencia⁵.

– En los resultados observados, y como ya ocurrió también en nuestro estudio, el coeficiente de correlación intraclase fue bueno en todas las mediciones, lo que sugeriría una buena fiabilidad interobservador en las tomas tensionales. Según algunos autores⁶, este índice no sería el más apropiado para la medición de variables continuas orgánicas, por lo que su medición no tendría interés. En cambio, las gráficas de Bland y Altman, y el método de la media de las diferencias, que acercan más a la realidad práctica del caso nos dicen que, para diferencias superiores a 5 mmHg, que se considera el límite aceptable en clínica, existen discrepancias apreciables que hacen que no se puedan aceptar como fiables estas medidas.

– Pensamos que la referencia a que las simples diferencias entre valores medios de las tomas de PA entre oficinas de farmacia y CE podrían hacer pensar en una buena concordancia no está justifi-

cada, pues lo que Fleiss ha venido en denominar «índice de concordancia simple» no es un adecuado índice estadístico, al no poder descartar el azar como causa de las posibles similitudes o diferencias entre mediciones.

Queremos resaltar que el aspecto positivo de este estudio es la proximidad de lo estudiado a la práctica clínica diaria, siendo un estudio de campo que pretende valorar en las condiciones habituales de nuestra práctica clínica qué es lo que está ocurriendo en las tomas que recomendamos a nuestros pacientes en las farmacias de nuestra zona básica, y si podríamos seguir recomendando estas prácticas con una evidencia científica.

– Creemos, sin embargo, que la existencia de los sesgos que hemos descritos con anterioridad hacen inviable, a partir de este trabajo ninguna decisión real sobre la cuestión, como reconocen los propios autores.

– En cualquier caso, sólo el mero hecho de conseguir la participación de un número tan elevado de farmacias en el trabajo, y su implicación en temas sanitarios de relevante importancia, como es el cuidado del enfermo hipertenso, es ya una victoria indiscutible.

Sería muy útil realizar un estudio de estas características en cada CS y con las farmacias que son referencia de cada zona básica, una vez superados los posibles sesgos evitables, con similares características al aquí analizado, lo que podría darnos un indicador fiable de si las tomas cercanas a nuestros pacientes pueden sustituir a la medición de la presión arterial en el domicilio (AMPA), con el posible ahorro económico que supondría para algunas familias, que en algunos casos no pueden tener acceso aún a estos aparatos de AMPA. Estamos seguros de que la concienciación de todos los farmacéuticos en la utilidad de sus aportaciones en salud hará que algunos de los errores, claramente evitables y que de forma valiosa se han podido apreciar en este estudio, se pudieran subsanar con pequeños esfuerzos por su parte (aparatos automáticos validados, recomendaciones previas a los pacientes, metodología correcta, calibraciones periódicas de los aparatos de me-

dición, etc.), y por supuesto para el personal de enfermería, que debe concienciarse de que su participación es esencial en este ámbito, mejorando su formación en el proceso de medición de la PA.

Por último, queremos agradecer a los componentes del grupo GEVA las numerosas aportaciones que han realizado en el campo de la HTA y de los factores de riesgo cardiovascular desde el ámbito de la atención primaria, y que esperamos sigan realizando en el futuro.

E. Martín Rioboó^a, F.J. Fonseca del Pozo^b, M. Ripollés Orti y A. Díaz Moreno

^aCentro de Salud de Fuente Palmera.

^bConsultorio de Pedro Abad. Córdoba.

1. División JA, Artigao LM, Sanchiz C, Álvarez F, Carbayo J, Carrión L et al. ¿Se puede o debe medir la presión arterial en las oficinas de farmacia? *Aten Primaria* 2001; 28: 4-10.
2. Montes G, Fernández JA, Prada A, Polonio R, Rodríguez D, Pérula LA. Fiabilidad de la medición de presión arterial. Paciente frente a profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 73-77.
3. Martínez MA, Aguirre A, Sánchez M, Nevado A, Laguna I, Torre A. Determinación de la presión arterial por médico o enfermera: relación con la presión ambulatoria y masa ventricular izquierda. *Med Clin (Barc)* 2000; 20: 770-775.
4. Ripollés M, Martín E, Díaz A, Aranguen B, Murcia M, Toledano A et al. Concordancia en la medición de la presión arterial entre diferentes profesionales sanitarios. ¿Son fiables los esfigmomanómetros de mercurio?. *Aten Primaria* 2001; 27: 234-243.
5. Martínez-López MA, García Puig J, Sancho Bueso T. ¿Quién debe tomar la presión arterial en la consulta? *Hipertensión* 2001; 18: 125-132.
6. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 142-145.

Réplica de los autores

Sr. Director: En primer lugar, queremos agradecer a Martín Rioboó et al el interés que muestran por nuestro artículo y sus consideraciones al GEVA. En cuanto a sus comentarios, quisiéramos

mos aclarar que el objetivo de nuestro estudio no era valorar la utilidad de la oficina de farmacia (OF) en el diagnóstico del «fenómeno de la bata blanca» ni de la hipertensión clínica aislada, sino observar el grado de concordancia entre las medidas de presión arterial (PA) de la OF y del centro de salud (CS). En este sentido, el estudio se realizó en condiciones habituales de trabajo y, como se refleja en la metodología, no se practicó ningún tipo de intervención previa a los farmacéuticos ni en el CS, ya que de lo que se trataba era de conocer la situación actual. Si se hubiese intervenido estandarizando las condiciones de medida, la técnica o el aparato se hubiera falseado la situación de partida.

En cuanto a quién llevó a cabo la medición de PA en la OF, queda reflejado en la metodología que fueron los propios farmacéuticos/as.

Estamos de acuerdo, y así lo expresamos en nuestro artículo, en la necesidad de estandarizar las condiciones de medida de la PA, tanto en la OF como en el CS. Lo que pretendíamos precisamente era detectar posibles sesgos y aportar soluciones.

Las conclusiones de nuestro trabajo pretendían llamar la atención en este sentido; por ello, entre otras cosas, para evitar sesgos aconsejamos la utilización de aparatos electrónicos validados, tanto en un lugar como en otro.

Nuestro grupo está convencido de que, con medidas perfectamente estandarizadas, la OF puede ser un lugar ideal dentro de la atención primaria para colaborar en el diagnóstico y control de la hipertensión arterial. A ello pretendemos dar respuesta en trabajos futuros (pendientes de su publicación) de los que se presentaron datos preliminares en el último congreso de la SEH-LELHA^{1,2}. Este estudio lo que pretendía era conocer la situación de partida.

Estamos totalmente de acuerdo en que el personal de enfermería debe de estar convencido de la importancia de su trabajo en este ámbito.

Discrepamos con Martín Rioboó et al en la utilización del coeficiente de correlación intraclass³; pensamos que es un índice adecuado para este tipo de variables y sus limitaciones nos llevaron a

completar el estudio, siguiendo a Doménech⁴, con el análisis gráfico de Bland y Altman⁵, en donde se observan las diferencias clínicamente no aceptables.

Finalmente, los ánimos reflejados en el último párrafo han sido recibidos con profunda simpatía. Es muy gratificante en estos momentos, donde las múltiples obligaciones y la escasez de tiempo son malas compañeras de la investigación, encontrar entusiasmos similares procedentes de otros compañeros, gracias. También queremos felicitar a los autores por sus estudios y animarlos a seguir trabajando.

J.A. División, C. Sanchis, J. Carbayo y L.M. Artigao

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).

1. Carballo JA, División JA, Artigao LM, Sanchis C, Álvarez F, Rodríguez Paños B et al (GEVA). Utilidad de la oficina de farmacia en la mejora del grado de conocimiento de la hipertensión. *Hipertensión* 2001; 18 (n.º extra): 23.
2. División JA, Artigao LM, Carballo JA, Sanchis C, Álvarez F, Carrión L et al (GEVA). Utilidad de la oficina de farmacia en la mejora del grado de control de la hipertensión. *Hipertensión* 2001; 18 (n.º extra): 23-24.
3. Prieto L, Lámara R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 142-145.
4. Doménech JM. Estudio de la concordancia (unidad didáctica 15). En: Doménech JM, editor. *Métodos estadísticos en ciencias de la salud*. Barcelona: Signo, 1998; 41-56.
5. Bland JM, Altman DG. Comparing two methods of clinical measurement: a personal history. *Int J Epidemiol* 1995; 24 (Supl 1): 7-14.

Relación médico-paciente y género

Sr. Director: He leído con interés el artículo «La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico», de J.A. Bellón Saameño y T. Martínez Cañavate, que revisa la bi-

bliografía existente sobre el tema en los últimos años¹.

A pesar del importante esfuerzo realizado por los autores y la luz que arrojan sobre nuestro estado de interés investigador sobre el tema, deseo hacer un comentario que creo puede ser útil para mejorar y enriquecer el estudio en futuras revisiones bibliométricas.

Considero que a la lista de «otros descriptores temáticos» utilizada por los autores en la búsqueda, en que el descriptor principal es «la relación médico-paciente» (RM-P), le falta un concepto que es básico en el estado actual del conocimiento en la materia, el género (*physician gender* y *patient gender*).

Aunque la elección es, legítimamente, de los autores, creo que puede valorarse, al menos, desde dos puntos de vista relevantes. El primero es la pertinencia de cada descriptor secundario en cuanto a su papel como modulador potencial de la RM-P, y el segundo la cantidad de referencias bibliográficas que pueden encontrarse bajo cada descriptor usado (no olvidemos que se trata de recuperar la máxima información posible).

Como señala Ronald M. Epstein en el mismo número de la revista², «hay un amplio debate acerca de la universalidad de los factores de comunicación», y no alcanzo a entender por qué ese debate, ya planteado abiertamente en otros lugares, no se plantea aún entre nosotros. También retomo a Epstein para destacar que «un debate filosófico significativo es si son más importantes las habilidades de comunicación que puede practicar el médico, o hay algo más profundo...».

A mi juicio, el género puede explicar, en parte, esos rasgos «más profundos», y ello por razones psíquicas y sociales.

Por remitirme a las primeras, menos obvias, es importante señalar que el apego y la separación son los anclajes del desarrollo humano. Desde los primeros momentos de la vida, la motivación de apego es fundamental en niños y niñas, pero, también precozmente, en la niña se privilegia el apego y en el niño la autonomía³. Esta diferenciación en el desarrollo psíquico propicia, en varones y mujeres, dos tipos de moral y, por tanto, dos formas diferentes de en-