
La investigación vista por los propios profesionales de atención primaria

M. Balagué i Corbella

En los capítulos precedentes, se ha expuesto con detalle el contexto en que se encuentra sumergida actualmente la investigación clínica en atención primaria (AP). Podría afirmarse que mientras que la investigación hospitalaria del país prácticamente ha alcanzado su madurez y dispone de centros y profesionales de incuestionable reconocimiento internacional, la investigación en AP está todavía en los preparativos para su despegue. A las dificultades ligadas a la investigación *per se* en cualquier ámbito, se le suman problemas que afectan particularmente a la AP. Quizás uno de los más importantes radica en el precario reconocimiento por parte de quienes deciden sobre la gestión de fondos sanitarios de que la investigación en AP es útil y necesaria para mejorar la calidad de la atención sanitaria y, por ende, de la salud de la población. Pero para el despegue definitivo de la investigación en AP no sólo se necesita el reconocimiento de gestores y políticos, sino también la implicación de los que han de llevarla a cabo, es decir, de los propios profesionales de AP.

Perfil del investigador de atención primaria: temas preferentes, financiación y distribución de los resultados de una investigación

Hasta ahora, la mayoría de los investigadores en AP eran como llaneros solitarios muy motivados y decididos a invertir mucho más que tiempo libre. Profesionales dispuestos a saltar una carrera de obstáculos infinita sin reconocimiento o compensación por la labor investigadora y sin garantía alguna sobre la posibilidad de obtener resultados finales adecuados para su publicación y difusión. Con este panorama, el espacio para otra investigación distinta a los estudios poscomercialización o a aquellos cuyo propósito final es el de seleccionar pacientes dirigidos a investigaciones hospitalarias era muy limitado.

Afortunadamente los tiempos van cambiando gracias a nuevas promociones de profesionales con mayor formación e inquietudes, un marco laboral algo más favorable, posibilidad de realizar formación continuada y el esfuerzo de instituciones, fundaciones y sociedades con objetivos claramente definidos sobre la base del desarrollo y apoyo a la investigación en AP. En este marco, y con el objetivo de establecer prioridades en investigación, en el año 2000

se llevó a cabo una encuesta dirigida a todos los miembros de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Se les preguntó sobre las cuestiones más relevantes en relación con la investigación y su formación curricular. Aunque esta sociedad permite en la actualidad la filiación de profesionales de AP no facultativos, hasta hace poco esto no era así, por lo que la tasa de respuesta, que fue de un 10%, correspondió a médicos de AP en su totalidad (n= 179). Si bien existen algunas diferencias entre comunidades autónomas, probablemente los resultados de esta modesta encuesta pueden extrapolarse al resto del estado con un margen de error aceptable.

Tres de cada cuatro facultativos que respondieron trabajaban en la provincia de Barcelona (134; 74,9%). El resto trabajaba en la provincia de Lérida (15; 8,4%), Tarragona (15; 8,4%), Girona (11; 6,1%), Baleares (3; 1,7%) y Andorra (1; 0,6%). Respondieron un 19% más de mujeres médicos (106; 59,2%) que de hombres médicos. Las figuras 1 y 2 muestran su distribución según el tipo y ámbito de trabajo. La mayoría (140; 78%) eran clínicos o gestores en áreas básicas de salud. El 58% (101) se ubicaba en el ámbito urbano, el 26% (44) en el semiurbano y el 16% (27) en el rural. El 50% acabó la licenciatura entre 1983 y 1992. Diecisiete estaban cursando la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (R1: 4, 2%; R2: 10, 6%; R3: 3, 2%).

La mayoría (170; 95%) estaba en posesión del grado de licenciatura. Pero solamente un 9,5% (17) había completado el doctorado y tan sólo un 5% (9) de los médicos que respondieron estaba en posesión del título de Doctor. El 25% (45) eran tutores de Posgrado de Atención Primaria y un 20% de estudiantes de medicina (35). Siete (3,9%) eran profesores en la Universidad.

Tenían definida una línea de investigación el 43% (77). Estas líneas de investigación eran múltiples y abarcaban ámbitos bien diversos de la AP como la hipertensión (10; 5,6%), factores de riesgo cardiovascular (9; 5%), envejecimiento (9; 5%), diabetes (8; 4,4%), salud mental (3; 1,7%), tabaquismo (3; 1,7%), osteoporosis (3; 1,7%), enfermedades respiratorias (3; 1,7%), ética (3; 1,7%) e historia clínica informatizada (3; 1,7%). Las preferencias por participar en líneas de investigación fueron todavía más diversas: riesgo cardiovascular (5; 2,8%), salud mental (4; 2,2%), hipertensión (2; 1,1%) y otras referidas por un solo facultativo cada una como salud de la mujer, urología o curas paliativas. Colaboraban en proyectos financiados por la fuente más importante de recursos económicos públicos del país, el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), un 11,2% (20) y en proyectos financiados por otras instituciones un 22% (40). En este sentido, cabe mencionar que durante los últimos cinco años se ha incrementado considerablemente la oferta de ayudas a la investigación desde entidades locales encaminadas a promocionar la investigación de proyectos sólidos de investigadores con experiencia limitada, para los cuales puede ser difícil en un inicio acceder a ayudas más importantes, pero a las que podrán optar posteriormente con un proyecto más afianzado. Estas ayudas, modestas en su mayoría, son muy populares y valoradas. Con ellas es posible realizar trabajos que, aunque sencillos y económicos, permiten obtener conclusiones relevantes. Sin embargo, no hay duda de que un proyecto ambicioso y de gran alcance precisa de ingentes recursos y, por el momento, las posibilidades de acceso a los mismos para un estudio de AP son mucho menores que para un estudio hospitalario.

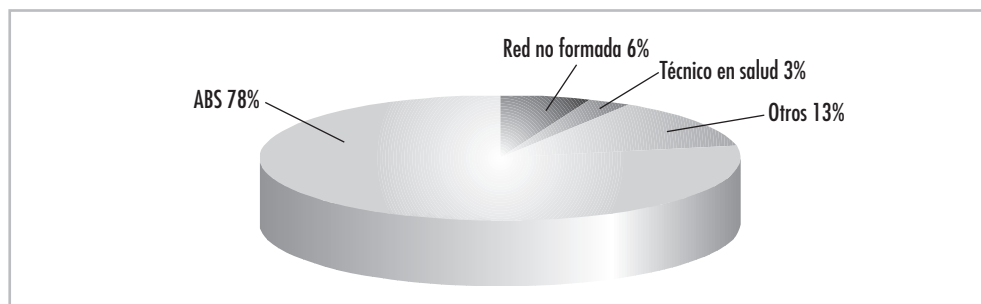


Figura 1. Tipo de trabajo de los socios de la SCMFIC que respondieron a la encuesta sobre investigación el año 2000

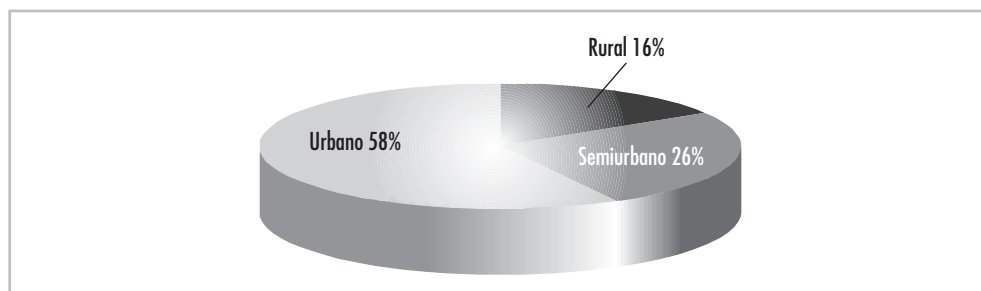


Figura 2. Ámbito de trabajo de los socios de la SCMFIC que respondieron a la encuesta sobre investigación el año 2000

Capítulo aparte lo constituyen los ensayos clínicos. Así, el 41,9% (75) participaba en ensayos clínicos financiados por la industria y la mayoría manifestó interés en participar en ensayos clínicos con financiación distinta a la de la industria (154; 86%).

En cuanto a la producción científica, prácticamente la mitad había presentado trabajos en congresos nacionales (83; 46,4%) y un porcentaje menor (28; 15,6%) los había presentado a congresos internacionales. Uno de cada cuatro había colaborado en la redacción de capítulos de libros (48; 26,8%). No se recogió información sobre el número de artículos publicados en revistas especializadas ni su factor de impacto, aunque no es descabellado pensar que, como en el resto del país, es mucho menor de lo que podría ser. Durante el periodo 1998-2002, la principal institución de apoyo a la investigación en AP de Cataluña del momento, la Fundación Jordi Gol i Gurina, registró 226 artículos publicados en revistas nacionales y extranjeras y 66 proyectos financiados, volumen no despreciable, pero mucho menor al de cualquier hospital de tercer nivel de Barcelona. Así, según el del mapa bibliométrico del FIS sobre la investigación realizada en España entre el periodo 1994-2000, los documentos procedentes de centros de atención primaria sólo constituían el 0,4% de las publicaciones derivadas de los proyectos de investigación financiados por esta institución. Y esto ocurre a pesar de que el primer de nivel de atención sanitaria gestiona el 60% del gasto en farmacia y resuelve el 90% de los motivos de consulta de la población.

— Dificultades técnicas expresadas por los investigadores de AP

Dependiendo del grado de experiencia de quien decide diseñar e involucrarse en un proyecto, el investigador ha de resolver una serie de cuestiones para las que no siempre se



«Dependiendo del grado de experiencia de quien decide diseñar e involucrarse en un proyecto, el investigador ha de resolver una serie de cuestiones para las que no siempre se siente capacitado»



«El apoyo al investigador debe ser de fácil acceso para todo el que lo requiera, tarea arduo difícil dada la apretada agenda de los que trabajan en el entorno de atención primaria»

siente capacitado. Las preguntas más comunes son las siguientes: ¿Dónde puedo pedir una beca que financie este estudio? ¿La solicitud es suficientemente convincente para que me la concedan? ¿Hay algún punto que deba mejorar? ¿Qué tamaño de muestra necesito? ¿Está bien planteada la hipótesis? ¿Qué análisis estadístico debo realizar? ¿Dónde puedo contactar con investigadores interesados en los mismos temas que yo para llevar a cabo un estudio conjunto? Creo que la investigación es suficientemente interesante para ser publicada en una revista internacional, pero el inglés de los miembros del equipo no es suficiente para redactarlo correctamente en este idioma ¿Es posible



«Contrariamente a lo que puede pensarse en una primera instancia, la resolución de un interrogante lleva a plantearse otros muchos y la tentación irresistible de volver a iniciar un nuevo proyecto»

recibir ayuda para traducirlo? Sobre cómo dar este apoyo al investigador y sobre la gestión de la investigación en general se desarrolla más adelante todo un capítulo. En cualquier caso, este apoyo debe ser de fácil acceso para todo el que lo requiera, tarea arduo difícil dada la apretada agenda de los que trabajan en el entorno de atención primaria.

Nuevas tecnologías y nuevos interrogantes

La informatización de la información médica ha facilitado de manera considerable la recogida de datos y su análisis, pero ello no evita la necesidad de realizar un buen diseño que defina bien la hipótesis de partida adecuada al objetivo y las variables necesarias para conseguirlo. La historia clínica informatizada es útil siempre y cuando la recogida de información esté actualizada y siga criterios consensuados y claros, tarea no siempre fácil. Del mismo modo que ha ocurrido en otras áreas, la informatización médica ha abierto el debate sobre el tratamiento de datos en el ámbito de la investigación médica en general y por ende también en AP. Se trata de nuevas situaciones que plantean cuestiones éticas difíciles de responder, incluso para los más expertos en cuestiones jurídicas y legales, y que van más allá de lo referido en la ley de protección de datos. Probablemente, en los próximos años, estas dudas se irán esclareciendo hasta encontrar un equilibrio entre la confidencialidad de los pacientes, la propiedad intelectual de los profesionales sanitarios y la capacidad para llevar a cabo una investigación efectiva que permita avanzar en las cuestiones que se planteen.

Algunos ejemplos de investigación en atención primaria

El proceso investigador comienza a partir de la detección de los interrogantes no resueltos del ejercicio profesional. La investigación puede desarrollarse en los ámbitos básico, clínico, epidemiológico o comunitario y servicios de salud. A continuación, se exponen algunos proyectos ya publicados sobre investigaciones en AP en ámbitos diversos y con distintos grados

de dificultad y recursos, y se comentan las ideas fundamentales de cada uno. El objetivo de esta breve exposición es mostrar cómo se han resuelto determinadas cuestiones planteadas en atención primaria. Contrariamente a lo que puede pensarse en una primera instancia, la resolución de un interrogante lleva a plantearse otros muchos y la tentación irresistible de volver a iniciar un nuevo proyecto. La mayor parte de los trabajos que se presentan se han elaborado con la colaboración de diferentes estamentos, centros e instituciones, tanto en el ámbito nacional como internacional. Estas colaboraciones son fundamentales para alcanzar el tamaño muestral adecuado, plantear estudios sólidos con distintos enfoques, evitar duplicidades y economizar recursos.

Investigación básica

Solsona J, Caylà JA, Verdú E, Estrada MP, García S, Roca D, Miquel B, Coll P, March F; Cooperative Group for Contact Study of Tuberculosis Patients in Ciutat Vella. A Molecular and conventional epidemiology of tuberculosis in an inner city district. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5: 724-731.

Este estudio muestra la importancia creciente de la colaboración entre clínicos, epidemiólogos, agentes de salud y de laboratorio para llevar a cabo una actuación de salud pública relevante y mejorar los conocimientos en áreas concretas como la tuberculosis (TBC).

En el control de la TBC interviene un equipo multidisciplinario que se encarga de la vigilancia epidemiológica y actuación clínica. La epidemiología molecular ha subrayado la importancia de la transmisión reciente de la TBC. Los casos no relacionados epidemiológicamente presentan cepas de *Mycobacterium tuberculosis* (MBC) con diferente patrón de ADN. Los casos relacionados presentan idéntico patrón. En estudios poblacionales, los casos con el mismo patrón corresponden a casos agrupados en *clusters* y se interpretan como transmisión reciente. Los casos con patrón único de ADN se atribuyen a la reactivación de una infección antigua. El método molecular más utilizado es el RFLP con IS6110. Los autores del trabajo referido, epidemiólogos y clínicos, diseñaron un estudio para 1) determinar, mediante la técnica de epidemiología molecular RFLP con IS6110, el porcentaje de casos agrupados en un distrito céntrico de la ciudad de Barcelona con una alta incidencia de TBC (163/100.000) y los grupos de riesgo de formar parte del *cluster* y 2) comparar el papel del trazado convencional de contactos (TCC) de la epidemiología tradicional con el RFLP. Se utilizaron secuencias de 165 cultivos positivos para MBC de ese distrito durante el periodo 1997-1998. El trazado convencional de contactos se realizó en 171 de los 251 casos de TBC declarados (68,1%). Las asociaciones se evaluaron mediante el cálculo de *odds ratio* y sus intervalos de confianza. Se utilizó la regresión logística para el análisis multivariado. Los autores concluyeron que el porcentaje de casos agrupados era muy alto y el TCC era útil para identificar nuevos casos. Sin embargo, era insuficiente para detectar las vías de transmisión. El TCC tenía que ser mejorado en individuos marginales y los resultados correlacionados con los del RFLP.

Investigación clínica

Bjerrum L, Boada A, Cots JM, Llor C, Forés García D, Gahrn-Hansen B, Muncé A. Respiratory tract infections in general practice: considerable differences in prescribing habits between general practitioners in Denmark and Spain. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60: 23-28.

La prevalencia de resistencias a antibióticos en un país refleja el consumo local de antibióticos. La mayoría de antibióticos y recetas prescritas en AP corresponden al tratamiento de infecciones del tracto respiratorio (ITR). El objetivo de este estudio fue comparar la prescripción de antibióticos para ITR en atención primaria de un país con alta prevalencia de resistencias a los antibióticos (España), con un país con baja prevalencia. Para ello, un grupo de médicos de cabecera de Copenhague y Barcelona registraron todos los contactos (n= 2.833) con pacientes con ITR durante tres semanas entre el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de enero de 2002. Globalmente, los facultativos españoles trataban una proporción de pacientes mayor que los daneses. Tras ajustar por edad y sexo, los españoles prescribían de manera significativa más antibióticos a los pacientes con infecciones localizadas en las amígdalas, bronquios y pulmones. El antibiótico más usado en Dinamarca era la penicilina de espectro limitado y representaba el 58% de todas las prescripciones, seguido de macrólidos y penicilinas de amplio espectro. En España, las prescripciones se distribuían entre un mayor número de componentes y los más prescritos eran las penicilinas de amplio espectro y las combinaciones de amoxicilina más inhibidores de la betalactamasa. Concluyeron que la diferencia sustancial del manejo de las infecciones del tracto respiratorio en AP entre Dinamarca y España no podía ser explicada por diferentes patrones de ITR. Las discrepancias indicaban variaciones en las recomendaciones nacionales, diferente tradición en la prescripción o diferente impacto de la comercialización parafarmacéutica.

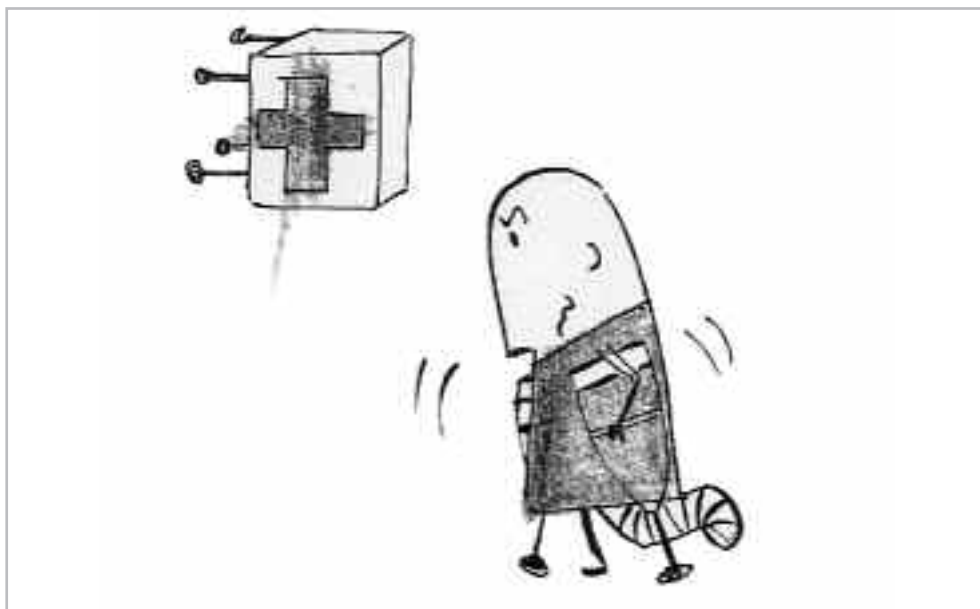
Investigación epidemiológica

Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J y cols. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 253-261.

Ramos R, Solanas S, Cerdón F, Rohlf s I, Elosua R, Sala J y cols. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. Med Clín (Barc) 2003; 121: 521-526.

El riesgo cardiovascular varía de manera importante de unas poblaciones a otras. Hasta hace poco, las únicas tablas disponibles para calcularlo eran las de Framingham, desarrolladas a partir de una población con un riesgo cardiovascular muy superior al nuestro. Las ecuaciones de Framingham sobrestiman el riesgo de enfermedad coronaria en los países cuya incidencia es baja. En éstos, la ecuación debería adaptarse para la correcta prevención de la enfermedad coronaria. En el primer artículo mencionado, se presentan las tablas de riesgo coronario global de Framingham ajustadas para la población española. Estas tablas se desarrollaron en estrecha colaboración con el equipo de Framingham. Se usó la ecuación de Framingham, que incluye el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, y se sustituyó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y la tasa de incidencia de episodios coronarios de Framingham por las de nuestro medio. Se calcularon las probabilidades de episodio a los 10 años. Los autores concluyeron que la función de Framingham ajustada podía constituir un instrumento para estimar con más precisión el riesgo coronario global en la prevención primaria de esta enfermedad en España. También señalaron que su uso debería acompañarse de una validación apropiada y se debería trabajar en la elaboración de ecuaciones propias españolas.

En el segundo artículo comentado, se determinaron las diferencias en la clasificación del riesgo de la población de 35 a 74 años usando la función de Framingham clásica y la ajustada (Framingham-REGICOR) y sus consecuencias en la indicación de tratamiento hipolipe-



«La atención urgente o sin cita dentro del horario habitual de consulta de los equipos de atención primaria plantea a menudo problemas de organización del centro y de la consulta del profesional»

miante con las guías de práctica clínica. Concluyeron que la función ajustada de Framingham-REGICOR adjudica una categoría de riesgo coronario menor que la de Framingham original en más del 52% de mujeres y casi el 50% de varones. Según los autores, la función ajustada es una herramienta más recomendable que la clásica en la prevención primaria de la enfermedad coronaria en España.

Estas publicaciones han generado un acalorado debate, todavía abierto, sobre qué tablas son las más apropiadas para el cálculo del riesgo cardiovascular y sobre la prevención de los episodios cardiovasculares en general.

Investigación en servicios

Vitores Picon MP, Cortés Duran PM, Fernández Girón M, Torres Romo L, Tomey Torcal I, Iradier Barrio D, Cazallas Díaz E, León García A. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. Aten Primaria 2001; 28: 298-304.

La atención urgente o sin cita dentro del horario habitual de consulta de los equipos de atención primaria plantea a menudo problemas de organización del centro y de la consulta del profesional. Los autores se propusieron estimar la mejora alcanzada en la organización de la atención a pacientes sin cita tras la instauración de medidas correctoras. Secundariamente, estudiaron los motivos de consulta, el tiempo de duración de los síntomas por los que se consulta sin cita y la valoración por el personal sanitario sobre la pertinencia de la urgencia. El centro sobre el que se realizó el estudio atendía a una población de 27.823 personas en Leganés, Madrid. Recibía un 7,1% de consultas sin cita en medicina general y un 12,8% en pediatría durante 1998, porcentajes que fueron del 5,9 y el 12,47%, respectivamente, durante 1999. Se

incluyeron todos los pacientes que de forma consecutiva acudieron sin cita en los periodos de estudio (evaluación: noviembre de 1998, 588 pacientes; reevaluación: noviembre-diciembre de 1999, 562 pacientes). Se establecieron cinco criterios de calidad consensuados en ausencia de referencias en la bibliografía: registro de datos de filiación, del motivo de consulta, valoración en menos de 10 minutos, intento de cita previa y registro en la historia clínica. Según los autores, la puesta en marcha del ciclo de mejora consiguió mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes sin cita previa, ya que mejoraron todos los criterios excepto el cuarto, por lo que consideraron que todavía quedaban algunos aspectos susceptibles de mejorar.

Reflexión

El interés por la investigación en atención primaria de sus propios profesionales es creciente y lentamente va dando sus frutos. En un entorno cambiante, los interrogantes por resolver son muchos. Es labor de todos, políticos, gestores y clínicos, crear el entorno adecuado para impulsar, promover y desarrollar la investigación en este ámbito.

Bibliografía

- Álvarez J. La investigación en Atención Primaria, lejos de su despegue. *Economía de la Salud* 2003; 3: 142-144.
- Balagué M, Barceló E, Diogène E, González I, Lara N, Llor C, Luque A, Pujol E, Pujol J, Rodríguez D, Sisó A, Valderas J. Com som i què fem els metges d'atenció primària en recerca. Perspectives. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* 2004; 22: 54.
- Bjerrum L, Boada A, Cots JM, Llor C, Forés Garcia D, Gahrn-Hansen B, Munck A. Respiratory tract infections in general practice: considerable differences in prescribing habits between general practitioners in Denmark and Spain. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 60: 23-28.
- Fundació Jordi Gol i Gurina. Guía de buena práctica en investigación en atención primaria de salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2003.
- Grup de treball en Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2003.
- Wilson P. Commentary: Legal issues of data anonymisation in research. *BMJ* 2004; 328: 1.300-1.301. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7451/1300>.
- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, y cols. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 253-261.
- Pujol J, Basora J. Mapa de investigación en Atención Primaria de Catalunya. IV Jornadas de investigación en Atención Primaria de la Fundación Jordi Gol i Gurina. 12 y 13 de marzo de 2003.
- Ramos R, Solanas S, Cerdón F, Rohlfes I, Elosua R, Sala J, y cols. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 521-526.
- Solsona J, Caylà JA, Verdú E, Estrada MP, García S, Roca D, Miquel B, Coll P, March F; Cooperative Group for Contact Study of Tuberculosis Patients in Ciutat Vella. E Molecular and conventional epidemiology of tuberculosis in an inner city district. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001; 5: 724-731.
- Vitores Picon MP, Cortes Duran PM, Fernández Girón M, Torres Romo L, Tomez Torcal I, Iradier Barrio D, Cazallas Diaz E, Leon Garcia A. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Aten Primaria* 2001; 28: 298-304.