

¿Son útiles las técnicas circulares y reflexivas en la entrevista clínica del médico de familia?

Sr. Director: Parece deseable que, desde los primeros contactos del consultante con el sistema sanitario, se tenga en cuenta la red biopsicosocial en la que se encuentra incorporado para fomentar desde un principio su independencia del aparato sanitario¹.

La estrategia de la entrevista parece influir decisivamente en las posiciones que adquiere cada uno de los participantes, médico y consultante, durante el encuentro. De ahí la descripción de varios tipos de entrevista²⁻⁴.

Valoramos la posibilidad de aplicación de una entrevista con preguntas circulares y reflexivas en la consulta del médico de familia y la relevancia de la información/intervención obtenida desde la perspectiva del médico. Realizamos un ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 8 médicos del Centro de Salud Portada Alta de Málaga, elegidos al azar entre los 12 médicos del centro y que aceptaron participar. Analizamos 56 entrevistas ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$, contraste bilateral, diferencia significativa que debe detectarse 0,35).

Se realizó una asignación de 7 entrevistas por médico entregando una tablilla con el tipo de entrevista que tenía que realizar. El modelo de entrevista se asignó de forma aleatoria siguiendo el listado de los pacientes citados ese día. Se pidió permiso a los pacientes para que el médico participara con su entrevista en el estudio. Se valoraron los datos brutos y se compararon los grupos mediante prueba de la χ^2 y la prueba exacta de Fisher, realizando un análisis según decisión de tratar⁵.

El factor de estudio está constituido por 2 modelos de entrevista clínica. El modelo A se corresponde con la tradición médica hipocrática. El modelo B se diseñó incorporando una apertura basada en la propuesta de complementariedad por parte del médico al presentarse como una ayuda creando

Palabras clave: Entrevista clínica. Técnicas de entrevista. Médico de familia.

TABLA 1
1 **Contraste de hipótesis (%)**

Variable	Entrevista A	Entrevista B	p
Grado de acomodación			
Muy cómodo	19 (66)	12 (44)	0,039 (NS)
Cómodo	10 (34)	15 (56)	
Relevancia de la información sobre recursos personales			
Mucho interés	9 (31)	12 (44)	0,5253 (NS)
Algo de interés	11 (38)	7 (26)	
Nada de interés	9 (31)	8 (30)	
Relevancia de la información sobre la red familiar			
De interés	8 (28)	21 (78)	0,00019
Sin interés	21 (78)	6 (22)	

un estado cognitivo de suposición: «Usted ya está haciendo lo posible. Úseme». Se sigue de una pregunta de reconocimiento de la competencia del propio paciente y termina con una intervención de circularidad al invitar a un tercero, habitualmente ausente, a entrar como figura activa en la afección y en la curación.

En ninguno de los 2 modelos los médicos se sintieron incómodos. Parece existir una tendencia que no alcanzó la significación a encontrarse mejor en el modelo de linealidad causal. No se registraron diferencias en la percepción de utilidad de la participación de los pacientes en la construcción del problema y en sus soluciones. No sabemos si aportaron lo mismo o si no aportaron nada sustancial. La tercera opción se destacó para la entrevista tipo B en la que los médicos manifestaron que la información recibida les fue de interés, aunque no sabemos si de utilidad para los cuidados del paciente (tabla 1).

Al igual que sucede en otros estudios, se detectó una menor valoración de la entrevista centrada en los recursos y red familiar del paciente⁶.

La pregunta reflexiva a partir de la cual construir la «agentividad» del consultante no parece aportar elementos diferenciales. Aunque era de esperar que la pregunta circular aportase una información cualitativamente diferente puesto que no tenía una contrapartida clara en la entrevista A, no obstante, nos parece muy importante que haya sido valorada como de mucho interés por los médicos.

En conclusión, creemos que el médico de familia se acomoda mejor al tipo clásico de entrevista, aunque es capaz de adaptarse bien a otras modalidades. No existen dife-

rencias significativas en la información sobre los recursos personales del paciente ante la enfermedad proporcionada por un tipo u otro de entrevista. La información obtenida sobre la red familiar que posibilita la pregunta circular tuvo un alto grado de interés para los médicos.

José Ramón Boxó Cifuentes

Centro de Salud Puerta Blanca.
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud SÁMFyC. Málaga. España.

- 1 Tizón JL. Aten Primaria. 2000;26:101-7.
- 2 Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1997. p. 52-4.
- 3 Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-circularity neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process. 1980;19:3-12.
- 4 Tomm K. Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. Family Process. 1987; 226:167-83.
- 5 Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Harcourt; 2000.
- 6 Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica II: opinión y preferencias de los médicos. Aten Primaria. 1997;19:63-74.

Brote de fiebre exantemática mediterránea por picaduras de garrapatas en una plaza pública

Sr. Director: El agente causal de la fiebre botonosa es *Rickettsia conorii*. La garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*) perpetúa la infección por la transmisión trans-

ovárica y transestadial^{1,2}. Los casos se suelen presentar de forma esporádica. También se han descrito brotes^{3,4} asociados con circunstancias concretas que facilitan la aparición de gran número de garrapatas en el ambiente. En este estudio se investigó un brote de fiebre exantemática mediterránea originado por picaduras de garrapatas en una plaza pública. El día 16 de agosto de 2004 ingresaron en el Sant Hospital de La Seu d'Urgell, en Lleida, a 2 pacientes de 75 años que presentaban la clínica típica y una escara negra indicativa de la enfermedad. Durante la semana siguiente aparecieron 2 nuevos casos. Se realizó un estudio de casos y controles para determinar el riesgo de enfermar.

Todos los pacientes residían en Organyà (Lleida) y presentaban fiebre, mancha negra, linfadenopatía regional y serología por inmunofluorescencia indirecta superior a 1/80. Los controles se seleccionaron entre los pacientes mayores de 65 años de la misma unidad básica de atención primaria.

Mediante un muestreo sistemático se seleccionaron 18 controles. Después de un máximo de 4 llamadas telefónicas en diferentes momentos del día, los 4 casos y los 15 controles fueron entrevistados por un entrevistador que desconocía la condición de caso y de control.

Se recogió información sobre las variables edad, sexo, síntomas, confirmación analítica, complicaciones, ser propietario de perros, picaduras de garrapatas, frecuentar y haber recibido picaduras de garrapatas en un camino («Camí de les Lloreres») y en una plaza pública («Plaça de les Homilies») en el municipio de Organyà. El riesgo asociado a la enfermedad se determinó con la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Se detectaron 4 casos de fiebre exantemática mediterránea que afectaba a pacientes de 65, 75, 75 y 83 años. El 75% (3 de 4 casos) eran varones, y todos ellos eran jubilados. Los 4 casos se presentaron en el mes de agosto y los síntomas más frecuentes fueron

TABLA 1 Factores asociados con los pacientes de un brote de fiebre exantemática mediterránea en Organyà (Lleida) en un estudio de casos y controles

Factor	Casos, N.º (%)	Controles, N.º (%)	p	OR	IC del 95%
Sexo					
Varón	3 (75,0)	8 (53,3)	0,4	2,6	0,2-31,3
Mujer	1 (25,9)	7 (46,7)		1,0	
Edad (años)	74,7 ^a (7,8) ^b	69,4 ^a (2,6) ^b	0,12	-	-
Propietario de perros					
Sí	0 (0,0)	2 (13,3)	0,9	0	0,0-13,5
No	4 (100,0)	13 (86,7)		1,0	
Picaduras de garrapatas					
Sí	4 (100,0)	0 (0,0)	0,0001	60	2,1-9.861,1
No	0 (0,0)	15 (100,0)		1,0	
Picaduras de garrapatas en el «Camí les Lloreres»					
Sí	2 (50,0)	0 (0,0)	0,05	15	0,6-803,9
No	2 (50,0)	15 (100,0)		1,0	
Picaduras de garrapatas en la «Plaça de les Homilies»					
Sí	3 (75,0)	0 (0,0)	0,004	45	1,5-7.827,5
No	1 (25,0)	15 (100,0)		1,0	

^aMedia.

^bDesviación estándar.

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; p: grado de significación para la prueba de la χ^2 .

fiebre en el 100% (4 de 4 casos), escara negra en el 100% (4 de 4 casos), artromialgias en el 100% (4 de 4 casos), linfadenopatías en el 75% (3 de 4 casos) y exantema maculopapuloso en el 50% (2 de 4 casos). Dos casos presentaron una hepatitis anictérica y 1 caso, una insuficiencia renal aguda no oligúrica.

El riesgo de enfermar se asoció con haber recibido picaduras de garrapatas en una de las plazas del pueblo (OR = 45; IC del 95%, 1,5-782,5) (tabla 1). De hecho, el único caso que relataba no sentarse en los bancos de la plaza pasaba habitualmente por ella. Los veterinarios confirmaron que los perros de un rebaño que se encerraban en un edificio contiguo a los bancos de dicha plaza estaban infestados de garrapatas.

Este estudio demuestra que la fiebre exantemática es endémica en esta zona y todos los casos, a pesar de presentar la clínica típica de la enfermedad, fueron diagnosticados con un cierto retraso, precisaron hospitalización y además 2 pacientes presentaron hepatitis y un paciente, una insuficiencia renal. La fiebre exantemática mediterránea, a pesar de ser una enfermedad relativamente benigna, puede comportar complicaciones importantes en los casos con retraso diagnóstico^{2,5,6}.

El estudio de casos y controles confirmó la existencia del brote originado por picadu-

ras de garrapatas en una plaza pública. En áreas endémicas de fiebre exantemática mediterránea deben extremarse el control y la desinfección de los perros y de los espacios públicos, especialmente en verano, así como realizar programas de formación para mantener un alto índice de sospecha diagnóstica entre los sanitarios.

**Pere Godoy^{a,b}, Gabriela Picco^c,
Carmen Clotet^d, Ferran Gómez^e
y María Antonia Peralba^d**

^aServicios Territoriales del Departamento de Salud de Lleida. Lleida. España.

^bFacultad de Medicina. Universidad de Lleida. Lleida. España.

^cServicio de Medicina Interna. Fundació Sant Hospital. La Seu d'Urgell. Lleida. España.

^dÁrea Básica de Salud de Oliana. Lleida. España.

^eLaboratorio de Microbiología. Fundació Sant Hospital. La Seu d'Urgell. Lleida. España.

Palabras clave: Fiebre exantemática mediterránea. *Rickettsia conorii*. Garrapata. *Rhipicephalus sanguineus*. Brote. Epidemiología.

1. Raoult D, Roux V. Rickettsioses as paradigms of new or emerging infectious diseases. Clin Microbiol Rev. 1997;10:694-719.
2. Bernabeu-Wittel M, Segura-Porta F. Enfermedades producidas por *Rickettsia*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23:163-72.
3. Shazberg G, Moise J, Terepolsky N, Hurvitz H. Family outbreak of *Rickettsia conorii* infection. Emerg Infectious Dis. 1999;5:723-4.

4. Yagupsky P, Wolach B. Fatal Israeli spotted fever in children. *Clin Infect Dis*. 1993; 17:850-3.
5. Segura-Porta F, Diestre-Ortín G, Ortuno-Romero A, Sanfeliu-Sala I, Font-Creus B, Muñoz-Espín T, et al. Prevalence of antibodies to spotted fever group *rickettsiae* in human beings and dogs from an endemic area of mediterranean spotted fever in Catalonia, Spain. *Eur J Epidemiol*. 1998;14:395-8.
6. Bartolomé J, Lorente S, Hernández-Pérez N, Martínez-Alfaro E, Marín-Ors A, Crespo MD. Estudio clínico-epidemiológico de las rickettsiosis del grupo de las fiebres exantemáticas en Albacete. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23: 194-6.

letines personales. El 80% no contenía ningún comprimido de captopril. Las medicaciones más frecuentemente halladas fueron: ampollas de metoclopramida (43,7%), metamizol (45,6%) y diclofenaco (41,7%). Ninguno llevaba ceftriaxona parenteral. Sólo el 15,5% llevaba 2 o más ampollas de glucosa al 50%.

El maletín domiciliario es una herramienta indispensable para cualquier médico de atención primaria¹. El material y la medicación para atender urgencias sólo los llevaba una pequeña proporción de maletines personales de los médicos, lo cual traduce la

poca preparación de este maletín para la atención de urgencias inesperadas. Sin embargo, muchos de los maletines disponían de fármacos para tratar enfermedades banales. La mayoría de los maletines no incluía material para la administración de la medicación disponible, ni con los elementos que portaban se podrían tomar las constantes vitales. Todo ello evidencia la falta de homogeneidad en la preparación y revisión de los maletines personales de los médicos, que refleja la escasa necesidad percibida de disponer de dichos elementos. Creemos que esto ocurre porque el médico da por

Los maletines domiciliarios de los médicos de familia

Sr. Director: Para atender visitas a domicilio urgentes o programadas, el médico de atención primaria necesita un equipamiento adecuado, el maletín personal del médico. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal para conocer cómo son los maletines personales de los médicos en atención primaria y si se adecuan al consenso establecido sobre su contenido¹. En el estudio participaron los 39 centros de salud de nuestra área de salud (Mallorca). Se realizó una visita sin anunciar previamente a los centros de salud donde, de manera anónima y previo consentimiento, se analizó una muestra de 103 maletines personales de los médicos. Se extraía su contenido y se anotaba si llevaban cada uno de los elementos imprescindibles definidos en el consenso¹. Se observó que 35 médicos no tenían maletín personal. Ninguno de los maletines personales de los médicos llevaba todo lo imprescindible (tabla 1). Sólo la mitad llevaban bolígrafo, recetas u hojas de derivación. Más de un tercio de los maletines no llevaban esfigmomanómetro o estetoscopio. Los fármacos utilizados para la reanimación cardiopulmonar y la nitroglicerina oral estaban en menos de uno de cada 3 ma-

TABLA 1 Frecuencia de los elementos y medicación presentes en el maletín personal del médico considerados imprescindibles (n = 103)

	n	Porcentaje	IC del 95%
Impresos y accesorios			
Bolígrafo	55	53,4	43,3-63,5
Recetas	58	56,3	46,2-66,4
Hojas de derivación	58	56,3	46,2-66,4
Instrumentos diagnósticos			
Esfigmomanómetro	66	64,1	54,3-73,8
Estetoscopio	63	61,2	51,3-71,1
Glucemia capilar	33	32	22,6-41,6
Linterna	48	46,6	36,5-56,7
Termómetro	18	17,5	9,6-25,3
Depresores linguales	42	40,8	30,8-50,7
Material de curas			
Guantes	38	36,9	27,1-46,7
Jeringas y agujas	53	51,5	41,3-61,6
Solución antiséptica	7	6,8	1,4-12,1
Cánulas de Guedel	19	18,4	10,5-26,4
Lubricante urológico	13	12,6	5,7-19,5
<i>Smarch</i>	23	22,3	13,8-30,8
Medicación presente			
Adrenalina en ampollas	36	34,9	25,2-44,6
Atropina en ampollas	25	24,3	15,5-33
Nitroglicerina en aerosol/s.l.	36	34,9	25,2-44,6
Ácido acetilsalicílico p.o.	18	17,5	9,6-25,3
Furosemida en ampollas	26	25,2	16,4-34,1
Captopril, 25 mg p.o.	21	20,4	12,1-28,6
Metoclopramida en ampollas	45	43,7	33,6-53,7
Metamizol en ampollas	47	45,6	35,5-55,7
Diclofenaco en ampollas	43	41,7	31,7-51,7
Diazepam en ampollas	35	34	24,3-43,6
Diazepam, 10 mg p.o.	9	8,7	2,8-14,7
Diazepam rectal	10	9,7	3,5-15,9
Prednisona p.o.	5	4,9	1,6-11
Dexclorfeniramina en ampollas	30	29,1	19,9-38,4
Ceftriaxona, 2 g parenteral	0	0	0-5,3
Suero fisiológico en ampollas de 10 ml	10	9,8	3,5-15,9
Glucosa al 50% en ampollas	26	25,2	16,4-34,1

IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; p.o.: vía oral; s.l.: sublingual.

Palabras clave: Maletín de urgencias. Atención primaria. Atención domiciliaria.