

tar los consejos y recursos necesarios para aliviar esta situación; en definitiva, cuidar al cuidador.

**J. Gálvez Mora^a, E. Ras Vidal^a,
I. Hospital Guardiola^a
y A. Vila Córcoles^b**

Médicos de Familia. ^aÁrea Básica de Salud Valls-Urbà. Tarragona. España. ^bServicio de Atención Primaria (SAP) Tarragona-Valls. España.

1. Lago Canzobre G. Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador en el paciente con demencia. [en línea] [26-6-02]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/cuidador.htm
2. Caballé E, Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Aten Primaria* 1999;23:493-5.
3. Serrano P. Depresión. En: *semFYC. Guía de actuación en Atención Primaria*. Barcelona: EDIDE, 2001;37:117-9.
4. Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care: The carers. *BMJ* 1998;316:208-11.

Doctor, se nos ha roto el preservativo. ¿Sabe usted a qué puede deberse?

Introducción. Por todos es conocido que el preservativo masculino se suele romper con relativa frecuencia, no existiendo ningún trabajo en nuestro medio donde se estudien a fondo las causas de dichos «accidentes»^{1,2}.

Objetivos. a) Conocer si se ha hecho un uso adecuado del preservativo en las parejas que relatan que se les ha roto, y b) identificar los factores a que se asocia dicha rotura del preservativo.

Diseño y emplazamiento. Se trata de un estudio observacional mediante encuesta realizada en un centro de salud de la periferia de nuestra ciudad, que atiende un total de 19.000 habitantes, incluyendo el servicio normal de urgencias que atiende a dicha población. Su duración es de 14 meses.

Participantes. Fueron incluidos un total de 94 casos de rotura de preservativo mientras mantenían una relación heterosexual (excluímos a los homosexuales).

Intervenciones. Se trata de una encuesta autoadministrada al acabar la consulta cu-

yo motivo era rotura de preservativo al realizar el acto sexual. Siempre se solicitaba el consentimiento informado previo. La encuesta era rellenada por el paciente que consultaba y en el caso de que consultasen ambos miembros de la pareja se seleccionaba uno aleatoriamente (mediante tabla de números aleatorios). Se informaba de la confidencialidad del estudio y de los datos. La encuesta debía ser rellenada en un máximo de 30 min^{3,4}.

Mediciones principales. Las variables estudiadas se agruparon en las siguientes categorías: edad (< 15, 15-25, 25-35, > 35), pareja sexual habitual (sí o no), frecuencia de uso del preservativo el último año (1.^a vez, 2-10 veces, 11-50 veces, 51-100 veces, más de 100 veces), desenrolle total del preservativo (total o parcial), baja erección al aplicarlo (sí o no), uso no vaginal (sí o no), larga e intensa actividad sexual (sí o no), conocimiento de las instrucciones sobre el uso del preservativo (sí o no), uso de lubricantes inapropiados (sí o no), marca (Durex, Control, Androtex u otros), tiempo en semanas desde que fue adquirido (menos de 1, 1-4, 4-12, 13-50 o más de 50 semanas), lugar de compra (farmacia, gran almacén, expendedor automático) y exposición prolongada al sol o altas temperaturas (sí o no). Aclarar que dentro de las marcas se ha incluido en la categoría «otros» a aquellos que tienen una menor introducción en el mercado para no introducir sesgos, ya que en caso contrario las marcas con menor introducción presentarían una menor incidencia de roturas. Se considera uso no vaginal cuando tras la colocación del preservativo se ha realizado penetración anal o felación. Larga e intensa actividad sexual la definimos cuando el paciente lleva colocado el preservativo durante más de 30 min y refiere haber realizado un esfuerzo físico intenso. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante comparación de medias (t de Student) y se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 6.0). La prueba de ji cuadrado fue utilizada para analizar las variables categóricas y los datos continuos fueron examinados mediante la t de Student o el ANOVA.

Resultados. Obtenemos que sólo el 2,1% de las roturas se produce en mayores de 35 años, produciéndose el 44,7% en los de 15 a 25 años y 39,4% en los de 25 a 35 años.

En el 55,3% de los casos el paciente había utilizado un preservativo en más de 100 ocasiones el último año. El 93,6% de los consultantes conocía correctamente el uso del preservativo. La intensidad de la relación sexual la definieron como alta el 95,8% de los pacientes. Respecto a las instrucciones para el correcto uso del preservativo las conocían el 93,6% de los consultantes y sólo el 12,8% utilizó lubricante exógeno. Centrándonos en el tipo y la conservación del preservativo, llama la atención que el 81,9% había sido comprado hacía menos de una semana; tenía más de 50 semanas sólo el 1,1%. La mayoría (72,3%) fue comprada en expendedores automáticos, frente a un 14,9% adquirido en farmacia y 12,8% en grandes almacenes. La totalidad de los datos aparecen reflejados en la tabla 1.

Discusión y conclusiones. El diseño de nuestro estudio no permite conocer la incidencia total de dichas roturas, ya que solamente analizamos a los pacientes que acuden a nuestra consulta por este motivo. Resaltar que los que más se han roto han sido los comprados en expendedores automáticos (72,3%), frente a una menor incidencia en los adquiridos en farmacia y grandes almacenes; esto puede explicarse por una peor conservación de los preservativos depositados en los expendedores automáticos, ya que en ocasiones están situados a la intemperie o en lugares con altas temperaturas que pueden dañar el látex. En cambio, en las farmacias y grandes almacenes se suelen cuidar más las condiciones de conservación, por lo que la incidencia de fallos es menor. A modo de conclusiones debemos insistir para que nuestros pacientes conozcan correctamente las instrucciones de uso de los preservativos, así como recomendarles no adquirir preservativos en expendedores automáticos, salvo que los necesiten con urgencia. Sería de interés realizar nuevas investigaciones en este campo para conocer la incidencia real en nuestro medio de estas roturas^{5,6}.

**M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^b, J. Martínez Crespo^c
y M. Mena Molina^c**

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España. ^bMédico Internista. Centro de Salud de San Andrés. Murcia. España. ^cDUE. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España.

TABLA 1. Resultados del estudio

	n	(%)
Pareja sexual habitual	82	87,2
Frecuencia de uso (último año)		
Una vez	1	1,1
2-10	3	3,2
11-50	16	17,0
51-100	22	23,4
> 100	52	55,3
Desenrolle del preservativo		
Total	89	94,7
Parcial	5	5,3
Grado de erección al aplicarlo		
Normal	94	100,0
Uso no vaginal	12	12,8
Larga e intensa actividad sexual	90	95,8
Conocimiento de las instrucciones de uso	88	93,6
Uso de lubricantes inapropiados	12	12,8
Tiempo desde la adquisición (semanas)		
< 1	77	81,9
1-4	10	10,6
4-12	4	4,3
13-50	2	2,1
> 50	1	1,1
Lugar de compra		
Farmacia	14	14,9
Gran almacén	12	12,8
Expendedor automático	68	72,3
Exposición prolongada al sol	10	10,6
Marca		
Control	27	28,7
Durex	24	25,5
Androtex	19	20,2
Otros	25	26,6
Edad		
< 15 años	13	13,8
15-25 años	42	44,7
25-35 años	37	39,4
> 35 años	2	2,1

1. Richters J, Donovan B, Gerofi J. How often do condoms break or slip off in use? *Int J STD AIDS* 1993;4:90-4.
2. Steiner M, Piedrahita C, Glover L, Joannis C. Can condom users likely to experience condom failure be identified? *Fam Plann Perspect* 1993;25:220-3.

3. Carey RF, Lytle CD, Cyr WH. Implications of laboratory tests of condom integrity. *Sex Transm Dis* 1999;26:216-20.
4. Richters J, Gerofi J, Donovan B. Why do condoms break or slip off in use? An exploratory study. *Int J STD AIDS* 1995;6:11-8.
5. Stratton P, Alexander NJ. Prevention of sexually transmitted infections. Physical and chemical barrier methods. *Infect Dis Clin North Am* 1993;7:841-59.
6. Trussell J, Duran V, Shochet T, Moore K. Access to emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2000;95:267-70.

Confusión sobre la independencia de un factor pronóstico: a propósito de la presión de pulso

Sr. Director: Recientemente se ha publicado en su revista un trabajo sobre HTA por parte del Grupo de Oviedo de Hipertensión¹, acerca del cual nos gustaría formular algunas precisiones, aun cuando celebramos que un grupo de colegas lleve a cabo un nuevo estudio de corte poblacional sobre un tema como la HTA, por cuanto supone de trabajo e inquietud.

Llama la atención que el objetivo descrito se centre en la valoración del significado clínico y valor pronóstico de una variable, y que para ello se habilite un estudio descriptivo y transversal que nunca podría aportar elementos de peso en dicho análisis (sólo válido para identificar asociaciones y formular hipótesis que requerirán de estudios analíticos adicionales que demuestren causalidad). También destaca que se hable de datos obtenidos de una muestra cuya representatividad poblacional no queda demostrada (desconocemos método de selección de áreas sanitarias, centros de salud y cupos participantes; no se facilita cobertura de tarjeta sanitaria individual; no sabemos si la población de Oviedo está constituida por un 64% de mujeres; y no se han reemplazado las pérdidas [18,5%], hecho que ha podido mermar la potencia de las estimaciones, restándole significación a algunas variables que sí podrían tener importancia en el método, amén de no indicar características de riesgo cardiovascular [CV] para dichas pérdidas). Al margen de algunos errores (¿tipográficos?), resulta llamativo que como criterios

diagnósticos de diabetes (DM) y dislipemias no se sigan las guías más comúnmente utilizadas, y que sí se han adoptado para HTA²⁻⁴, hecho que contrasta con las elevadas prevalencias detectadas (HTA, 64%, DM, 18,7; enfermedad CV, 20,5%).

Otros aspectos requieren consideración especial. La medida de tendencia central empleada tal vez no es la más apropiada para estas distribuciones (valores muy extremos); qué se quiere indicar con «control de la PA» (oscila desde un ¿%? de 95 a 8,6 según tercil de presión de pulso [PP]), máxime si tenemos en cuenta que en modo alguno se alude a ello, ni al tratamiento antihipertensivo seguido, en el resto del estudio; se elucubra con la asociación a la PP de variables como la edad, presión arterial sistólica (PAS), y enfermedad CV, que pueden formar parte de la propia entidad o ser factor causal de dicha variable⁵⁻⁷.

Con respecto a la regresión logística: ¿cabría incluir variables con relevancia clínica pese a carecer de significación estadística? ¿cuál es la repercusión de OR de 1.051 y 1.046, por más que su p sea < 0,05? ¿Aclararían aspectos de este modelo pronóstico otros factores de riesgo CV? ¿Por qué perder información con el establecimiento de categorías en variables cuantitativas cuando el método estadístico elegido permite trabajar con ambas como variables independientes? ¿No sería necesario considerar la presencia de variables modificadoras de efecto y de interacciones? (véase edad y PP). ¿El resultado de la correlación que los autores realizan no confirmaría este último aspecto? (se correlaciona una variable supuestamente independiente con elementos de definición de ésta: PP, PAS, PAD). Por lo demás, se echa en falta la validación del modelo de pronóstico construido, a la par que datos de sensibilidad, especificidad, y punto de corte utilizados en este estudio.

Finalmente, la discusión se inicia con una aseveración arriesgada y no demostrada en este estudio (imposible de alcanzar con el diseño empleado). Además de ello, la mayor parte de la discusión se libra con un estudio poblacional americano⁸, de corte analítico, con seguimiento de 16,5 años, ajustando los resultados por la edad, seguimiento y ajuste no llevados a cabo en el estudio discutido (se parte de una población de mayor edad).