

de la atención primaria<sup>5</sup> y/o a la falta de proyecciones esenciales para la valoración de los traumatismos cervicales<sup>6</sup>. Sin embargo, hay que matizar la obligatoriedad de realizar las proyecciones radiográficas anteroposterior, lateral y transoral a todo paciente con sospecha de traumatismo cervical, tal como se podría desprender de la lectura del caso citado. Los propios autores citan como causa de infradiagnóstico algunos de los criterios del estudio NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study)<sup>7</sup>. Este estudio prospectivo, realizado con 34.000 pacientes con traumatismo cervical cerrado atendidos en 21 servicios de urgencias hospitalarias, propone los siguientes 5 criterios clínicos: *a)* ausencia de dolor en la línea media posterior cervical; *b)* ausencia de evidencias de intoxicación; *c)* nivel normal de conciencia; *d)* ausencia de déficit focales neurológicos, y *e)* ausencia de otros dolores o lesiones causantes de distracción. Los pacientes que no presenten ninguno de estos criterios puede considerarse que tienen una probabilidad extremadamente baja de sufrir lesiones cervicales (sensibilidad del 99,6% y valor predictivo negativo del 99,9%), y por lo tanto no necesitarían ningún estudio radiológico. En nuestras masificadas urgencias y nuestros escasamente dotados puntos de urgencias extrahospitalarias, esta regla de decisión clínica puede evitar derivaciones desde atención primaria y exploraciones radiológicas innecesarias (un 12,6% en el estudio citado)<sup>7</sup>, así como demandas judiciales con un adecuado soporte de evidencia científica. Sí parece claro que, de no darse los 5 criterios mencionados no sólo es necesario realizar las radiografías propuestas, sino que podría ser necesario además una tomografía computarizada cervical, la cual pone de manifiesto hasta un 23,7% de lesiones no visibles con la radiografía simple<sup>8</sup>. En el caso presentado el paciente no cumplía los criterios NEXUS. No obstante, nos sorprende enormemente las repetidas visitas del paciente al servicio de urgencias, incluso con la lesión ya confirmada por resonancia magnética un mes después del traumatismo. Evidentemente el uso redundante y abusivo de las urgencias hospitalarias no sólo no es adecuado desde el punto de vista de la organización y la gestión sanitarias<sup>5</sup>, sino que aumenta la saturación de

las urgencias, retroalimentando el círculo de presión asistencial y aumento consecuente de los errores diagnósticos.

**N. García Marín<sup>a</sup>, G. Burillo-Putze<sup>b</sup>, J.M. Osuna Peña<sup>b,c</sup> y V. García Marín<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Tenerife-Norte. Santa Cruz de Tenerife. España. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España. <sup>c</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>d</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

1. López Vázquez MA, Castiella Murunzábal S. ¿Síndrome del latigazo cervical? *Aten Primaria* 2002;30:473-4.
2. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining «whiplash» and its management. *Spine* 1995;20:1S-73S.
3. Eck JC, Hodges SD, Humphreys SC. Whiplash: a review of a commonly misunderstood injury. *Am J Med* 2001;110:651-6.
4. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. *Emergencias* 2000;12:248-58.
5. Cantero Hinojos J, Sánchez-Cantalejo Ramírez E, Martínez Olmos J, Maeso Villafañá J, Rodríguez Jiménez JJ, Prieto Rodríguez MA, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:326-32.
6. Mower WR, Hoffman JR, Pollack CV Jr, Zucker MI, Browne BJ, Wolfson AB, for the NEXUS Group. Use of plain radiography to screen for cervical spine injuries. *Ann Emerg Med* 2001;38:1-7.
7. National Emergency X-Radiography Utilization Study Group. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. *N Engl J Med* 2000;343:94-9.
8. Edwards M, Frankema S, Kruit M, Bode P, Breslau PJ, Van Vugt AB. Routine cervical spine radiography for trauma victims: does everybody need it? *J Trauma* 2001;50:529-34.

## Respuesta de los autores

**Sr. Director:** En relación con la carta al editor de García et al queremos, en primer lugar, agradecer a estos autores el interés mostrado por nuestro artículo, así como algunas anotaciones que realizan y que ayudan a completar y enriquecer el caso presentado.

No obstante, queremos comentar el último párrafo de su carta, en el que expresan su «enorme extrañeza por las repetidas visitas al servicio de urgencias de este paciente», «incluso con la lesión ya diagnosticada». En relación con ello nos gustaría recordar que el número total de estas visitas fue de tres: la primera tras el accidente, la segunda a los dos días por persistencia del dolor y la tercera, remitido por su mutua tras serle realizada (a solicitud nuestra) una resonancia magnética en la que se confirmaba una fractura de base de odontoides que hasta el momento había pasado inadvertida.

Pensamos que éste no es, en nuestra opinión, el mejor caso para ilustrar el «uso redundante y abusivo de las urgencias hospitalarias», conclusión que sorprendentemente parecen extraer estos autores, sino que, al contrario, muestra sus consecuencias.

Al margen de ello, queremos hacer hincapié en la importancia de evitar conductas miméticas que la sobresaturación provoca (confianza absoluta en los informes de las pruebas complementarias, realizar programas de rehabilitación de forma indiscriminada, etc.) y en otras enseñanzas que pretendimos que se extrajeran de este caso, especialmente para todos aquellos que tienen actividad de urgencias, incluidos neurocirujanos, cirujanos ortopédicos y rehabilitadores, todos ellos en estrecho contacto con este tipo de lesiones.

**S. Castiella y M.A. López Vázquez**

## Profundizando en los porqués y los cómo de la investigación en atención primaria

**Sr. Director:** Tras la lectura del editorial titulado: «¿Investigación en atención prima-

**Palabras clave:** Investigación. Atención primaria. Investigación cualitativa.

ria?»<sup>1</sup>, de Fernández, nos gustaría felicitar a la Revista y a su autora por las reflexiones que surgen de este magnífico artículo.

Creemos que es muy importante partir de las afirmaciones del editorial de que «nadie debería dudar de que la investigación es imprescindible en todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios» y de que «la presencia de la investigación en la APS y de la APS en la investigación es débil (...) y que permanece en unos niveles insuficientes e inaceptablemente bajos»<sup>1</sup>. De todas formas es necesario destacar que en el editorial se apuntan dificultades, fortalezas y sobre todo esperanzas.

Tal como plantea la autora, es necesario generar y gestionar el conocimiento, a partir de fomentar la cultura de la investigación, promocionar y difundir la investigación. Para ello creemos fundamental desarrollar planes de formación reconociendo el tiempo investigado, facilitando tiempos en el día a día y apoyando la presentación, desarrollo y publicación de proyectos. Ya en 1992, en una revisión de la investigación en atención primaria se hablaba de que ésta carece de una tradición que haya convertido el hecho de investigar en una costumbre o en parte del trabajo de los profesionales, aunque existe una clara progresión en el número de investigaciones y en su nivel de cualificación. Asimismo se planteaba en el artículo una serie de medidas para favorecer la investigación de calidad en atención primaria, tales como generar un clima y una cultura favorables al estilo de investigación necesario en atención primaria, clarificar y promocionar las líneas prioritarias de la investigación en atención primaria, posibilitar que se creen «masas críticas» de investigadores, hacer accesibles los recursos materiales y de asesoría, facilitar la financiación, mejorar la formación en metodología de investigación, estimular e incentivar la investigación y crear las condiciones en atención primaria que permitan investigar<sup>2-4</sup>.

Añadiendo algunos datos, encontramos que el FIS, entre los años 1998 y 2000, aprobó 552 proyectos en las comisiones de epidemiología y salud pública, y de servicios de salud (planificación, gestión y evaluación) y de educación, sociología de la salud y bioética<sup>2</sup>. Del conjunto de proyectos, 260 son proyectos hospitalarios, muy por encima de

los 63 proyectos concedidos en atención primaria, aunque a ellos podríamos añadir 23 proyectos que abordan los servicios de atención primaria desde otros campos; por tanto, existe una relación de 3 a 1, de hospitales respecto a atención primaria.

Analizando en profundidad algunos aspectos de los proyectos aprobados, encontramos que hay 43 proyectos de más de 48.080, 97 €, 19 son de hospitales y 4 de áreas de salud, direcciones de atención primaria o delegaciones de salud. Pasamos de 5 a 1.

Con respecto a la investigación cualitativa, de reciente expansión en el mundo de la investigación, haciendo un análisis de las bases de datos MEDLINE, IME, Psycinfo y CUIDEN entre 1991 y 2001 (hasta junio), encontramos 130 artículos, 24 entre 1991 y 1995, y 95 entre 1996 y 2000. Las publicaciones de enfermería abarcan el 40,7% de los estudios, seguida de atención primaria, con un 28,5%. Andalucía, la Comunidad Valenciana y Madrid son el origen de los investigadores de los estudios analizados, que provienen en un 28% de la universidad, seguido por atención primaria en un 25% y los hospitales con un 18%.

A todo ello queremos añadir un par de preguntas que pensamos no están contestadas: ¿por qué en algunas comunidades autónomas, o en algunas unidades de investigación, el peso de la investigación en la atención primaria es mayor?, ¿qué pasa en Cataluña, en Mallorca o en el País Vasco que no ocurre en otras comunidades a la hora de investigar? Creemos que, para poder responder a estas preguntas, es necesario profundizar en los análisis mediante un diseño cualitativo que ahonde en el porqué del éxito y del fracaso de algunas unidades, así como en el porqué de la implicación y falta de motivación, por otra parte, de determinados profesionales.

J.C. March Cerdá  
y M.A. Prieto Rodríguez

Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Granada. España.

1. Fernández I. ¿Investigamos en atención primaria? *Aten Primaria* 2003;31:281-4.
2. March JC. La investigación en salud pública. En: Cabasés J, Villalbí JR, Ai-

bar C, editores. Informe SESPAS 5.<sup>a</sup> ed. Invertir para la salud: prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; p. 627-58.

3. Martin J. Research in biomedicine. Is anyone representing/advocating the public interest? *Eur J Pub Health* 2001;11:458-9.
4. UK Department of Health Research. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/research>

## Respuesta de la autora

Sr. Director: Agradezco a March y Prieto sus reflexiones en torno a la investigación en atención primaria.

Estoy totalmente de acuerdo con sus planteamientos. Y respecto a su pregunta sobre las diferencias existentes en la investigación en atención primaria en las distintas comunidades autónomas, deseo apoyar su afirmación con la tabla 1, donde se puede observar el número de proyectos de atención primaria y cantidad financiada por el FIS entre 1996 y 2002. Se advierte que destacan comunidades autónomas como Madrid, Cataluña, Baleares y País Vasco.

**TABLA 1. Número de proyectos de atención primaria y cantidad financiada por el FIS, 1996-2002**

| Comunidad autónoma | Cantidad financiada (euros) | N.º de proyectos |
|--------------------|-----------------------------|------------------|
| Cataluña           | 1.188.703,98                | 52               |
| Madrid             | 618.595,61                  | 71               |
| País Vasco         | 381.496,53                  | 17               |
| Baleares           | 243.449,47                  | 20               |
| Canarias           | 184.959,02                  | 5                |
| Valencia           | 143.545,93                  | 16               |
| Galicia            | 140.719,56                  | 9                |
| Aragón             | 66.129,36                   | 6                |
| Castilla y León    | 51.316,36                   | 2                |
| Andalucía          | 48.976,48                   | 8                |
| Castilla-La Mancha | 44.174,39                   | 5                |
| Asturias           | 31.475,00                   | 5                |
| La Rioja           | 23.947,93                   | 2                |
| Murcia             | 11.719,74                   | 2                |
| Extremadura        | 3.765,33                    | 1                |
| Total              | 3.182.974,69                | 221              |