

No número anterior (8.2) da Revista Brasileira de Epidemiologia, de junho de 2005, anunciamos a realização de diversos debates. Iniciamos o primeiro com a publicação de artigo de Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández, relacionado com “El fundamento científico de la función de filtro del Médico general”, com acesso livre na versão on-line: [www.scielo.br/rbepid](http://www.scielo.br/rbepid). Induzimos o debate encomendando a diversos autores na Espanha, em Portugal e no Brasil comentários a respeito do artigo publicado. Esperávamos ainda contribuições espontâneas, que não vieram. Apenas os contactos espanhóis atenderam nossas solicitações. Publicamos neste número algumas delas, sempre comentadas pelos autores do artigo. Para que o debate não fique restrito a essa realidade, rogamos a nossos leitores que nos enviem contri-

buições de outros contextos, com sistemas de saúde distintos. Especialmente, mas não só, da realidade brasileira e latino-americana. Pelas contribuições recebidas, percebemos a existência de uma rede de acesso espanhola que foi utilizada pelos autores. “El origen de los comentarios está em la lista [MEDFAM-APS@LISTSERV.REDIRIS.ES](mailto:MEDFAM-APS@LISTSERV.REDIRIS.ES)”, segundo Gérvas. Daremos novos informes no próximo número sobre formas de estabelecer contactos mais frequentes, por essa mesmo ou por outras vias.

Da mesma forma, no próximo número estaremos iniciando Debates nas outras temáticas polêmicas anteriormente anunciadas. Por acordo com os autores do artigo semente, este debate sobre o papel do médico geral será travado em espanhol e português, sem traduções.

---

## **Julio Bonis Sanz**

Resulta muy interesante el artículo de Gérvas y Pérez. Ofrece evidencias epidemiológicas de lo que muchas veces es simplemente sospechado. Son necesarios más estudios que nos permitan recabar más evidencias al respecto de una manera integral para evitar los posibles sesgos a la hora de comparar resultados obtenidos en poblaciones heterogéneas.

Sirva como ejemplo el artículo publicado recientemente en JAMA por Oudega et col [1]. En este artículo, se demostró el menor valor predictivo negativo del test de Wells a la hora de descartar trombosis venosa profunda en la atención primaria con respecto a la especializada. Al contrario de lo que pudiera parecer, la razón probable es que en el grupo de primaria la prevalencia de TVP era un 6% mayor que en el estudio original de Wells sobre pacientes en atención secundaria (al menos en este estudio).

Por ejemplo, Gérvas y Pérez dicen: “Si aceptamos que los especialistas cometen un error del 40% en la atribución de necesidad de cuidados especializados cuando atienden a pacientes en urgencias... podemos calcular que el acceso directo de todos los pacientes con dolor abdominal a las urgencias hospitalarias hubiera conllevado la aplicación de cuidados innecesarios a unos 56 pacientes de los 140 que no necesitaban los cuidados especializados”.

En este caso Gérvas asume que la razón de que las decisiones de derivación de los médicos de familia tengan un mayor valor predictivo negativo se debe a su mayor especificidad (en otras palabras, que son mejores que el especialista en saber cuando alguien está sano).

Sin embargo parecen no tener en cuenta que ese 40% de falsos positivos se da sobre los pacientes previamente derivados por el médico de atención primaria, que en realidad tuvo un 41% de falsos positivos (7 de 17) al derivar a esos pacientes. En otras palabras, las manzanas no están “podridas” o “no podridas”, sino que la “podredumbre” es una escala. Al hospital llegaron manzanas claramente podridas, y otras que aunque sanas parecían algo podridas. Sobre ese conjunto de manzanas “que parecen podridas” el médico de familia se equivocó en un 41% de las veces (metiendo las manzanas sanas en la cesta de podridas). Este

porcentaje es similar al de los médicos de atención especializada, al menos en este caso (40%). Es decir, el médico del hospital se enfrentó a una clasificación más difícil que la inicial sobre 150 pacientes, con unos resultados similares al especialista en primaria. La cuestión no resuelta con los datos aportados en este ejemplo particular es si el especialista al enfrentarse a la misma población de pacientes (los 150) sería capaz de identificar tan bien a los sanos como el médico de familia. La otra pregunta que queda en el aire es para qué sirve un especialista hospitalario si al final su VPN sobre las manzanas “que parecen podridas” es la misma que el médico de primaria. Quizá la clave de la cuestión es que los médicos de familia son capaces de identificar a los “claramente sanos” a un menor coste, no porque sean más expertos que el médico del hospital, sino simplemente porque identificar a los sanos es algo sencillo para cualquier médico. Esto significaría que, como otros han comentado en la lista, el médico de primaria no es un “experto”, sino simplemente se enfrenta a una tarea más sencilla de clasificación. Tarea que sería capaz de realizar un médico hospitalario, si trabajara en un centro de salud, aunque no fuera “especialista” en medicina general. El médico general lo sería por negación: “el no-especialista”.

Saludos,  
Julio

## Referencia

1. Oudega R, Hoes AW, Moons KG. The Wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients. *Ann Intern Med.* 2005 Jul 19; 143(2):100-7.

---

## Mercedes Pérez Fernández y Juan Gérvas

Estimado compañero:

Gracias por tu interés y por el comentario, muy agudo y oportuno.

Planteas dos cuestiones, una específica y otra general. La cuestión específica se refiere al “sesgo de referencia”, en concreto al “sesgo de verificación parcial” que se produce típicamente cuando se remiten desde la atención primaria a la especializada a todos los enfermos con resultado positivo y sólo una fracción de los negativos. Tiene que ver, claro, con que en la cesta las manzanas no son “sí” o “no”, sino que hay todo un espectro. Sobre esta cuestión puedes leer en español en la excelente monografía de Jaime Latour Pérez, “El diagnóstico”, *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut*, número 21, Valencia: Escola Valenciana d’Estudis per a la Salut, 2003 (páginas 28 a 31). En inglés puedes leer, también con el ejemplo de la apendicitis, el libro de Knottnerus, “The evidence base of clinical diagnosis”, London: BMJ Books, 2002.

Sobre la cuestión general hay menos datos. El médico especialista está “programado” para pensar en enfermedad y para ver enfermos, y para utilizar información “dura” (la que se documenta con registros y pruebas diagnósticas), y para no tolerar la incertidumbre. Descartar a sanos es una tarea típica del médico general/ de familia, y no es una tarea fácil ni sencilla. A los médicos generales se les forma (o debería formar) en el control de la incertidumbre, en la detección de sanos, y en utilizar información blanda (además de dura). Insistimos en que no hay mucho publicado, pero el acceso directo a los especialistas expone a muchos sanos a su actividad, y hace trabajar indebidamente a dichos médicos. Por casualidad, a raíz del artículo sobre “el Mar de la Incertidumbre”, hemos contestado una carta al director en el que se trata brevemente la cuestión. Se publicará pronto en la revista Atención Primaria. El acceso directo al especialista conlleva la situación que planteas acerca del posible papel del médico especialista como “discriminador” de sanos. Se puede deducir que ello

es peligroso para la salud del paciente. La prestación de servicios especializados a pacientes que pueden ser atendidos en otro nivel menos complejo, quizá sea la base del aumento de la morbilidad y mortalidad por exceso de cuidados médicos, que ha convertido la cuestión de la “seguridad del paciente” en tema relevante en los países anglosajones. La situación opuesta lleva a los médicos generales/ de familia a la puerta de urgencias, donde parece que su labor es muy apreciada, y sobre lo que hay algo publicado. Los médicos generales descartan muy bien a los sanos, y filtran las urgencias con eficacia (y poco gasto). Ello no es fácil, desde luego. Por supuesto, las cuestiones que estamos discutiendo se amplían a las máquinas, cuando éstas siguen o imitan un determinado comportamiento. Así, la interpretación automática del ECG (que se basa en el juicio clínico y forma de trabajo de los cardiólogos) sigue las pautas comentadas. Al comparar la especificidad, y sensibilidad (y valor predictivo positivo y negativo), de los médicos generales con la interpretación automática de ECG, los generalistas aciertan más cuando se trata de decir quién está sano (tienen más especificidad). No es fácil, pues, discriminar a los sanos. Puedes leer el artículo de Jensen MSA et al, “Electrocardiogram interpretation in general practice” en Family Practice 2005; 22:109-113. Lo lógico, claro, es trabajar concatenados, primero el médico general/ de familia y luego el médico especialista correspondiente. El médico general tiene que decidir si hay necesidad de cuidados especializados, y de qué especialista. Es una doble decisión que no es fácil.

Envío copia a Brasil, para que se pueda incluir este debate inicial en el más general, cuando esté el texto en la Red.

Recibe un saludo cordial desde Buitrago del Lozoya (Madrid, España), en una noche de agosto que ha venido fresca, con viento, de Mercedes Pérez Fernández y Juan Gérvas

### **Mateu Seguí Díaz**

Apreciados amigos

Un buen artículo, de obligada lectura para nuestros médicos residentes.

El ejemplo de las manzanas es muy gráfico, complementa ya el clásico

EL GUARDIÁN Y EL MAGO: UN CUENTO DE HADAS

DE: Nigel Mathers y Paul Hodgkin

EN: British Medical Journal. 1989;298:172-174

Que ya se difundió por esta lista hace algunos años.

No cabe duda, sin embargo, que no siempre existen fronteras claras entre AP y especializada y muchas veces tal como indica Julio los resultados es posible que tengan que ver tanto con el lugar donde estamos situados como con la formación que tenemos o tienen los especialistas.

Un abrazo a todos

Mateu Seguí Díaz

### **Dr. Manuel M<sup>a</sup> Ortega Marlasca**

Algo sobre terminología exacta.....

No es mejor denominar atención primaria o primaria y por otro lado atención o medio hospitalario o secundaria? Eso de especializada y nosotros por contraposición no-especializada creo está denostado y si entre nosotros lo utilizamos, que no decir de su uso con nuestros pacientes en nuestros centros de salud. De esa forma creo que inducimos inadvertidamente a

perpetuar la imagen denostada, secundona y a la sombra de los hospitales y sus grandes “máquinas” que tan inculcado tienen muchos de nuestros pacientes (a Dios gracias no todos...). Puede resultar chuminoso para alguno mi forma de ver, pero pequeños cambios inducen el famoso “efecto mariposa”. El poner en nuestras bocas estos términos a la vez que en nuestros informes o escritos puede inducir importantes “pequeños cambios” en la imagen que otros pueden tener de nosotros y fomentar nuestro propio (y muchas veces quemado) orgullo de ser médicos de atención primaria y base de la sanidad nacional.

En la espera de su pronta respuesta, reciba un cordial saludo.

Dr. Manuel M<sup>a</sup> Ortega Marlasca.

### **Mercedes Pérez Fernández y Juan Gérvas**

Querido amigo:

La discusión es vieja, pero importante todavía. En los años sesenta, en EE.UU., se rechazó la propuesta de considerar la Medicina General como una especialidad, pues “lo general no puede ser especial”. Los líderes de la época tuvieron que reinventarse y transformar la Medicina General en Medicina de Familia, y así obtuvieron el crédito para ser autorizados como especialidad. Puedes leer sobre ello en - *Advanced Forum*, *The intellectual basis of Family Medicine revisited*. *Fam Med* 1985;17:219 -230 También en: - *The specialist of the discipline of General Practice. Semantics and politics mustn't impede the progress of General Practice*. *BMJ* 320:326-327 La influencia de EE.UU. cuenta en mucho. Por ejemplo, en la falta de “General Practice” en Medline. Cosas. También en el rechazo de los internistas del American Board of Internal Medicine, que no admiten ser considerados como generalistas en ningún caso, pues ven al generalista como un médico torpe que filtra pacientes. Cosas. Allí, el filtro se ve sólo como una forma de ahorrar dinero, no de mejorar la salud del paciente y trabajar con lógica. Filtro equivale allí a inconveniente administrativo-económico. Cosas. En nuestra opinión, ser generalista es lo difícil. Ser especialista, saber de algo en especial, es muy sencillo. Está claro que el especialista tiene una lupa o microscopio por ojo único (y debe tenerlo, para ser bueno en lo suyo). Por eso precisa que los pacientes los filtre un médico general, un médico que sepa de todo. Si queremos llamar especialista al generalista (especialista en lo general, claro), no hay inconveniente. Pero ser generalista es lo difícil, insistimos. De ahí la importancia de mantener firme la idea de “generalista”. No es cuestión de terminología exacta, sino de punto de vista. Generalista, y filtro para el especialista. Se entiende bien y fácilmente. Expresa lo que hay (alguien que sabe de todo y sabe si el paciente debe ver al especialista, y a qué especialista, pues la visita innecesaria al especialista es peligrosa, y más peligrosa la visita innecesaria al especialista inapropiado, claro).

Recibe un cordial saludo de Mercedes Pérez Fernández y Juan Gérvas

### **Dr. Manuel M<sup>a</sup> Ortega Marlasca**

Ante todo agradecer la completa y detallada respuesta de nuestro apreciado Juan Gervás. Es un honor para mi contar con sus dotes y manejo en estas lides. Por mi parte hago referencia de entrada a contar con el “aval” de los ministerios, al contar con un título de especialista al igual que el resto de colegas. Es algo simple. Por otro lado, es el intento de inducir cambios mentales en la población (con mucha utopía) y en nosotros mismos del hecho de que por ser especialista no es un garante de mejor manejo ni obtención de mejores

resultados en salud. Lo que sí es desgraciadamente sinónimo es que al ser atendido por un médico de atención secundaria se tiene grandes posibilidades de obtener pruebas complementarias de imagen no accesibles a nosotros en primaria. Por todo ello se les imbuye de ese “halo de especialización” al que los torpes de primaria no podemos llegar a optar. Respecto a la distorsión de la denominación en familiar desde su origen norteamericano, no creo que se haga más que una referencia más exacta a la visión previa del médico de antaño que atendía a la familia al completo sin esa dicotomía funcional de edades a las que se nos quiere imponer. Antes el médico era de la familia pues veía desde el abuelo hasta el último fichaje que llegara a la familia. La visita a casa de un paciente suponía en no pocas veces “hacer la ITV familiar” (ello ha sido referido por muchos colegas jubilados), pero el ambiente era diferente al que ahora tenemos...

En la espera de su pronta respuesta, reciba un cordial saludo.

Dr. Manuel M<sup>a</sup> Ortega Marlasca.

Especialista en medicina familiar y comunitaria.

Makyyo

Representante de la Plataforma 10 minutos en la provincia de Cádiz.

Vocal de la SEMERGEN en la provincia de Cádiz.

### ***Juan Gérvas***

Querido compañero

En España la denominación bonita y cierta del médico general- de familia es médico de cabecera. De cabecera, de la cama. Es decir, el médico que estaba al lado en el parto y en la muerte. Y siempre que se necesitaba a domicilio. La visita a domicilio todavía es característica del médico general. De ahí el rechazo a hacerlos (los avisos a domicilio) de todos aquellos que son especialistas, como los pediatras (aunque hagan de médico general de niños). En fin, la sumisión al Imperio ha impuesto lo de familia, pero por ahora sólo en los títulos del Ministerio. Recibe un abrazo agradecido por tu participación en este debate de Juan Gérvas

### ***Manuel Merino Moína***

“Hacer de”, supongo que lleva implícito que no es lo mismo que “ser”, sino que tiene algo de “resumillo” que evoca algo así como suplantar, aparentar, fingir y cosas por el estilo. Este entremés beligerante y sandunguero, surge a colación del comentario de Juan Gérvas sobre los pediatras que trabajan (trabajamos) cuidando mayoritariamente a niños sanos, con la sana intención de no estropearlos y, llegado el caso, incluso darles un empujoncito para que curen o, al menos, acompañarlos junto a su familia cuando sus problemas tengan difícil solución.

La desafortunada cita, en concreto, es: “De ahí el rechazo a hacerlos (los avisos a domicilio) de todos aquellos que son especialistas, como los pediatras (aunque hagan de médico general de niños).” El “especialista” pediatra que trabaja en AP, el pediatra de cabecera en mi jerga, puede percibirse como un lujo en épocas de escasez de recursos, pero probablemente todavía esté al alcance del sistema sanitario español, tal y como está diseñado y estoy persuadido de que además es una opción eficiente, aunque siempre tendré enfrente a Mateu. Pero en cualquier caso, ¿quién de los lectores de esta lista prefiere que a su hijo “le lleve” un

médico que habitualmente ve a adultos, en vez de uno que se dedica en exclusiva a atender a chavales (madres fundamentalmente), y además tiene 5 años de especialización en este tema? ¡Vaya latazo de salón lo del pediatra “especialista” = no debe llevar a niños “normales” que los lleva mejor “el de familia”!

¿Eso del pediatra en primera llamada sólo es admisible para las privadas?

Como me decía un colega hace un tiempo, que por cierto, tiene también ejercicio privado: “El día que quiten a los pediatras de primaria del sistema público y se conviertan en consultores de segundo nivel, me haré de oro.”

Ahí queda eso,

Manuel Merino Moína

Pediatra

Centro de Salud El Greco

Getafe - Madrid - España

mmerinom@telefonica.net

### **Julio Bonis Sanz**

Hoy mi agente bibliográfico virtual (RSS power!) encuentra un artículo que puede añadir un dato más a esta discusión sobre pediatras/generalistas: Precisión del diagnóstico de otitis media en hospital y en la comunidad. OBJETIVO: Evaluar la precisión en el diagnóstico de otitis media aguda (OMA) en la comunidad analizando el diagnóstico OMA inicial (según la información de las inter-consultas al departamento de urgencias pediátricas (DUP) de niños con diagnóstico de OMA confirmado por timpanocentesis en el DUP. CONCLUSIONES: El error en el diagnóstico de OMA a nivel comunitario es común, ocurriendo más frecuentemente en la OMA simple que en la complicada, y no está relacionado con la especialidad del médico ni con la etnia del niño.

Es de destacar también que en el artículo (israelí) diferencien tres tipos de médicos: 1) pediatras, 2) médicos generalistas, 3) médicos de familia.

Saludos,

Julio Bonis Sanz

[www.juliobonis.com](http://www.juliobonis.com)

Acta Paediatrici. 2005 Apr; 94(4):423-8. Related Articles, Links Accuracy of acute otitis media diagnosis in community and hospital settings. Asher E, Leibovitz E, Press J, Greenberg D, Bilenko N, Reuveni H. Department of Health Care Policy and Management, Ben-Gurion. University of the Negev, Beer-Sheva, Israel.