

## Redes de Investigación Basadas en la Práctica de la Medicina Familiar\*

**Chris van Weel MD, PhD**

Wonca Presidente-Electo  
Catedrático de Medicina Familiar  
Departamento de Medicina Familiar  
Nijmegen University Medical Centre

Correspondencia a:

C.vanweel@hag.umcn.nl  
229-HAG  
PO BOX 9101, 6550 HB Nijmegen, the  
Netherlands  
Tel. +31.24.3616332  
Fax +31.24.3541862

### RESUMEN

Este artículo revisa el estado actual de las redes de investigación basadas en la práctica (PBRN) en medicina familiar. La disponibilidad de datos del cuidado habitual de los pacientes en atención primaria es esencial para el desarrollo de la medicina familiar, ya sea de la prevalencia de condiciones o enfermedades y la efectividad de sus tratamientos; los valores y necesidades de los pacientes; y el uso de la infraestructura sanitaria. Las PBRNs proveen una estructura para la recolección de dichos datos y darle mayor valor a la investigación en medicina familiar. Además las

### PRACTICE-BASED RESEARCH NETWORKS IN FAMILY MEDICINE

*This paper reviews the state of practice-based research networks (PBRN) in family medicine research. Essential for the development of family medicine is the availability of data from regular patient care in family practice: on the illness and diseases encountered and effectiveness of their treatment, the views, values and needs of patients and the use of health care facilities. PBRNs provide a structure to collect these data and make research more valuable for family practice.*

*PBRNs also provide a forum to expose family physicians (FP) to research and improve the sensitivity of family practice for research developments: in implementing research findings and raising the scientific level in family practice. FPs from PBRNs are particularly valuable for academic careers, combining patient care and research. This enables the collaboration between PBRNs and research institutes, to oversee methodological expertise in data collection. For data collection the International Classification of Primary Care presents a logical framework. This highlights the international support and exchange for PBRNs in building the capacity of family medicine research.*

**Key words:** practice-based research, PBRN, Family medicine research.

PBRNs proveen un foro para exponer a los médicos familiares a la investigación y mejorar la sensibilidad de la atención primaria a los desarrollos en investigación, a través de la implementación de los hallazgos de dicha investigación y la consiguiente elevación del nivel científico en medicina familiar. Los médicos familiares de estas redes son particularmente valiosos para carreras académicas, combinando actividad clínica con investigación. Esto permite la colaboración entre las PBRNs y las instituciones de investigación para organizar experticia metodológica en recolección de datos. Para dicha recolección la Clasificación Internacional de Atención Pri-

maria (CIAP) ofrece un marco lógico. El apoyo e intercambio internacional para el desarrollo de este tipo de redes ofrece una oportunidad para mejorar la capacidad de investigación en medicina familiar.

**Palabras claves:** investigación basada en la práctica, PBRN, investigación en medicina familiar.

### INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la medicina familiar está directamente relacionado con la habilidad de generar datos empíricos a partir de los cuidados regulares a un

\* Basado en una presentación en el First Wonca Asia Pacific Working Party on Research Kuala Lumpur, 27 de febrero de 2005. Artículo aceptado para ser publicado en el número de diciembre de la Revista Asia Pacific J Family Medicine, autorizada su publicación en esta revista por el Dr. Leopardo Zorayda.

paciente. De esta manera, se pueden analizar sus problemas de salud, y el rol único y función de médicos familiares (MF) en la medicina. Esto se presenta en el trabajo de los fundadores padres de la disciplina de la medicina familiar, que está relacionado con la recolección de datos de su propia práctica - por ejemplo las enfermedades infecciosas de Will Pickles<sup>1</sup> o el historial familiar de enfermedades<sup>2</sup> de Frans Huygen. Ellos cambiaron la cara de la medicina, gracias a su investigación basada en la práctica. En el año 2003 la Organización Mundial de Médicos de Familia (*World Organization of Family Doctors -Wonca* en su sigla en inglés) llevó a cabo una conferencia acerca del futuro de la investigación de la medicina familiar<sup>3</sup>. El objetivo de dicha conferencia era fomentar la investigación como medio de mejorar la salud -a través de una mejor atención primaria- a las personas en el mundo. Para esto, el acceso a los datos de práctica y pacientes y a las redes de práctica familiar para investigación fue una de las recomendaciones clave para la construcción de una infraestructura de investigación.

#### Redes de investigación basada en la práctica (PBRN) e investigación de medicina familiar

La infraestructura, referida como "redes de investigación basada en la práctica" (PBRN en su sigla en inglés) se ha convertido en una característica de la investigación de medicina familiar<sup>4,5</sup>. Las PBRN puede interceptar las realidades de la práctica diaria de la medicina familiar: problemas de salud, necesidades y expectativas de pacientes, el diagnóstico y la evaluación terapéutica de los MF y la orientación a los pacientes a través del sistema de cuidado de la salud. Estos elementos se encuentran directamente relacionados al dominio de la investigación de la medicina familiar<sup>3</sup>:

- Morbilidad atención primaria;
- Expectativas de los pacientes;

- Uso de las instalaciones de cuidado de la salud.

Las PBRN son capaces, mediante la naturaleza misma de la práctica familiar, acceder a la *continuidad* del cuidado del paciente, y extender el umbral de tiempo del estudio de proyectos de investigación: investigación longitudinal<sup>6</sup>, esencial en la evaluación del resultado de una condición o enfermedad.

#### PBRN: Un concepto

Las PBRN son redes de médicos y prácticas que tienen el objeto de realizar una investigación colaborativa en cuanto a problemas y cuestiones derivadas del cuidado de un paciente. Las PBRN son conducidas por el interés en la investigación de médicos, resultando en la propiedad de la investigación. El nivel de real compromiso varía según la práctica y los médicos. Las PBRN pueden estar relacionadas con la recolección de datos en forma progresiva<sup>6,7</sup>, no obstante muchas PBRN tienen una estructura mucho menos exigente donde los MF optan alternativamente por estudios de acuerdo a sus preferencias. El grado de compromiso de los MF puede ser dirigido hacia la elección de proyectos y sus objetivos, su planificación y diseño, y recolección de datos e interpretación. Esto puede contribuir a lograr una investigación mejor dirigida a las necesidades de la atención primaria y una aplicación más completa de sus resultados.

Las PBRN recolectan datos, a partir de los cuales se pueden conformar completas bases de datos. Particularmente, con la computarización de las prácticas, se han desarrollado una gran cantidad de bases de datos de atención primaria<sup>8-10</sup>. Sin embargo, considerar las PBRN como un mero medio de recolección de datos o de elaboración de bases de datos, no hace más que ignorar su real potencial: las PBRN son medios a tra-

vés de los cuales cambiar la cultura de (la medicina familiar) la investigación y la práctica (familiar). Su verdadera virtud yace en un intercambio progresivo entre la práctica y la investigación. Por esta razón, una opción particularmente atractiva en las PBRN consiste en involucrar a los MF en el rol de investigador y capacitar a médicos a través de la práctica de habilidades investigativas.

#### Ejemplos de PBRN

Las PBRN hace ya bastante tiempo han establecido su lugar en Los Países Bajos (al relacionarse con los departamentos universitarios de medicina familiar)<sup>5,6,11,12</sup>, el RU<sup>5</sup> y EE.UU.<sup>4,5</sup>, sin embargo, ejemplos particularmente relevantes vienen de países donde la atención primaria y la investigación de la medicina familiar no cuentan con un registro de información. En Sudáfrica la red centinela<sup>13</sup> ilustra el valor de la información de los principales problemas de salud en la población para construir una atención primaria que responda a los mismos. La PBRN italiana<sup>14</sup> constituye probablemente el mejor ejemplo de cómo, incluso en la ausencia de estímulos externos, los MF pueden fijar la agenda de investigación: una PBRN a modo de enfoque realizado por esfuerzo propio, para recolectar e implementar evidencia en la práctica. El ejemplo italiano destaca asimismo el valor de la colaboración de las PBRN con un centro de investigación - característica también de las redes holandesas. Estos modelos de éxito enfatizan la posibilidad de capacitación de MF y sus equipos en la recolección de datos e introducir un espíritu de solidaridad científico en la práctica familiar.

#### PBRN, estandarización de datos y estructura de los registros de atención primaria

Las PBRN constituyen el establecimiento de un multi-centro de investigación y



**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS**

estandarización de datos donde la terminología es esencial. Esto es, especialmente, importante para la investigación longitudinal: “los datos” no sólo tienen que significar lo mismo entre los diferentes centros, sino que incluso más importante es su consistencia a lo largo del tiempo. La estandarización de datos y la adherencia a los protocolos de recolección de datos son esenciales para el rigor metodológico y esto enfatiza la necesidad de vincular los *PBRN* a un centro de investigación o universidad. Para estructurar los datos, se debe organizar la información de visitas y contactos. La Clasificación Internacional de Atención Primaria (*ICPC en su sigla en inglés*)<sup>15</sup> ofrece un marco de referencia para clasificar los problemas de salud con sus componentes relevantes (razón del contacto, diagnóstico, procedimientos diagnósticos y terapéuticos) e información de estructura de visitas y contactos posteriores por episodio. Proporciona criterios de diagnósticos<sup>16</sup> aplicables bajo condiciones de atención primaria, y tal como estructura el *ICPC*, el Registro Médico Electrónico, este crea una manera usuario-amistosa de recolectar y registrar datos bajo condiciones de cuidado regulares.

La distribución de la información acerca de enfermedades a características individuales es esencial para ubicar la información dentro de un contexto significativo: sexo, edad, características familiares y socio-económicas<sup>17</sup>. Para proteger la confidencialidad, los datos pueden ser almacenados bajo un código individual único, estando sólo la práctica en posesión de la clave para identificar al individuo<sup>6</sup>. Esto es vital si los estudios requiriesen más tarde la recolección de información adicional.

**Calidad de la Inscripción de MF**

En cuanto a la calidad de datos de investigación, la capacitación de MF en el registro, inscripción y codificación es

importante. Se debiese realizar una capacitación inicial, usando casos ilustrativos, pero igualmente importantes son las reuniones regulares para discutir el registro de datos y recibir retroalimentación de tales datos. También se constituyen como estrategias valiosas la revisión de casos y comparación de datos de diferentes prácticas realizada por colegas. La capacitación debiera estar combinada, lo más posible, con la revisión de estudios basados en la recolección de datos. Nada garantiza la calidad de los datos mejor que su uso en estudios reales y retroalimentación de los resultados de estudios hacia las *PBRN*.

Datos para la práctica y/o investigación  
Los MF recolectan datos relacionados al cuidado de sus pacientes, y mientras más puedan estos datos ser usados de esa forma para efectos de investigación, más se facilita el trabajo de las *PBRN*. Al explorar los datos de investigación, existen dos preocupaciones: si los datos representan el significado de los MF, y si los datos representan el estado real del paciente. La primera categoría tiene que ver con errores de digitación –deleto– y codificación, que pueden provocar que los datos difieran de las verdaderas conclusiones y acciones de los MF. La segunda categoría, marca la diferencia entre lo interpretado por los MF y el verdadero estado del paciente. Al observar la importancia de estos dos tipos de “errores” es importante distinguir entre la investigación clínica y la calidad de la investigación de la atención. Cuando se estudia la historia (natural) de una enfermedad, es esencial que todo paciente estudiado realmente tenga la enfermedad – ya sea o no que el MF haya hecho el diagnóstico correcto.

Esto es más que un asunto teórico: el pago de un MF a menudo está orientado a intervenciones específicas (por ejemplo una prescripción, o una visita a domicilio), pero no así a otras (reaseguro y consejería). En consecuencia, los MF pueden actuar para efectos de reembol-

so, ya sea o no que los problemas de salud del paciente hagan esta acción imperativa: los llamados “incentivos perversos”. Para la investigación clínica es particularmente importante capacitar a los MF y sus equipos en el uso de las clasificaciones y la aplicación de los criterios (diagnósticos), y la investigación clínica es vulnerable a los incentivos perversos.

Cuando la calidad de la atención o el uso de los recursos de los cuidados de la salud es el tópico de estudio, por otro lado, un punto clave es que el MF haya registrado tal cual haya procedido – ya sea haya sido no relevante con respecto al problema de salud subyacente. Los errores de codificación, que no sean los incentivos “perversos” influyen en el estudio.

**CONCLUSIÓN**

Las *PBRN* son una infraestructura importante para la investigación de la medicina familiar. Aunque su reconocimiento como tal es reciente, sus principios han sido utilizados desde los primeros estudios en la práctica de la medicina familiar. Las *PBRN* recolectan datos y son indispensables para las bases de datos de atención primaria, no obstante su real valor recae en el cambio de cultura de investigación y práctica. Las *PBRN* ofrecen la oportunidad de diálogo de médicos e investigadores: con el fin de hacer la investigación más relevante a los problemas encontrados en la práctica y hacer la práctica más receptiva a los hallazgos de la investigación. El desarrollo de *PBRN* debería, por tanto, ser ubicada en un contexto mayor dentro de la construcción de la capacidad de investigación de la medicina familiar. Los departamentos universitarios con misión investigadora e institutos de investigación podrían proporcionar apoyo metodológico, con la *PBRN* de su lado otorgando acceso a los datos de la práctica familiar.

En la capacitación de habilidades de investigación en la profesión de la medicina familiar, los MF que trabajan en una PBRN son candidatos particularmente atractivos. Esto facilitaría su compromiso futuro en los estudios más allá de la recolección de datos o implementación de resultados. Al combinar el rol investigador con el clínico se fortalecerá aún más la práctica familiar y la mejor manera de aprender habilidades de investigación es mediante la ejecución de un proyecto. De esta manera los MF de PBRN son probables candidatos a una carrera académica. Dentro de la medicina familiar hay suficiente experiencia a nivel internacional en PBRN, disponible<sup>18</sup> para patrocinar su desarrollo y el de los MF participantes.

## REFERENCIAS

- 1.- PICKLES W. Epidemiology of Country Practice. Bristol, John Wright, 1939.
- 2.- HUYGEN F J A. Family medicine: the medical life history of families. Brunner Mazel, New York, 1982.
- 3.- WEEL C VAN, ROSSER W W. Improving health care globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2 (suppl 2): 5s-16s.
- 4.- NUTTING P A, BEASLEY J W, WERNER J J. Asking and answering questions in practice: practice based research networks build the science base of family practice. *JAMA* 1999; 281: 686-8.
- 5.- WEEL C VAN, SMITH H, BEASLEY J W. Family practice research networks. Experience from three countries. *J Fam Pract* 2000; 49: 938-43.
- 6.- WEEL C VAN. Longitudinal research and data collection in primary care. *Ann Fam Med* 2005; 3 (suppl.): accepted for publication.
- 7.- WEEL C VAN, GRAUW W J C. Family Practice Databases and their Role in Primary Care Research. Submitted
- 8.- <http://www.gprd.com/>
- 9.- <http://www.qresearch.org/>
- 10.- <http://www.mrc-gprf.ac.uk/>
- 11.- OKKES I M, OSKAM S K, LAMBERTS H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-6.
- 12.- METSEMAKERS J F, HOPPENER P, KNOTTNERUS J A, KOCKEN R J, LIMONARD C B. Computerized health information in The Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 102-6.
- 13.- PATHER M K. SASPREN - South African Sentinel Practitioner Research Network Family Practitioner Primary Health Care Surveillance Project. Report for 2000/2001. Department of Family Medicine and Primary Care, University of Stellenbosch. 2002.
- 14.- Collaborative group of the Primary Prevention Project (PPP). Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk. *Lancet* 2001; 357: 89-95.
- 15.- Wonca International Classification Committee. International Classification of Primary Care, ICPC-2. Second edition. Oxford, Oxford Press, 1998.
- 16.- Anonymous. ICHPPC-2 defined. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 17.- BENTZEN N. (Ed) An International Glossary for General Practice/Family Medicine. *Fam Pract*; 1995; 12: 341-69.
- 18.- International Federation of Primary Care Research Networks - [www.communities.msn.com/IFPCRN](http://www.communities.msn.com/IFPCRN)