

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 1, Número 2, Noviembre 2000

Editorial

- 122 Sobre gestión clínica.

El espacio del usuario

- 124 Sanidad pública: ¿Qué reclaman los usuarios andaluces?

Originales

- 126 Control de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2. Adecuación de los criterios de la asociación americana de diabetes de 1999.
- 132 Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos.
- 137 Indicación de tratamiento farmacológico en la dislipemia diabética.
- 141 Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria.
- 145 El anciano deprimido y su vivencia familiar.
- 151 Anciano desplazado: perfiles terapéuticos e implicaciones sociosanitarias.
- 156 La relación de los adolescentes con los sistemas de salud.

Artículo de Revisión

- 162 Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria.

A Debate

- 169 Evolucionando hacia la atención domiciliaria.

Área Docente

- 174 Acreditación de tutores de medicina de familia.

Sin Bibliografía

- 181 La atención primaria en el Reino Unido. Rotación de una residente de Medicina de Familia por un Centro de Salud escocés.
- 184 ¿Cuál es su diagnóstico?

Artículo Especial

- 186 Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica: "hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario", o "cómo potenciar el desarrollo de la Atención Primaria".

- 197 Publicaciones de interés



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Vicepresidente Primero/Prensa

Juan de Dios Alcántara Bellón

Vicepresidente Segundo

Reyez Sanz Amores

Vicepresidente Tercero

Manuel Lubián López

Secretario

Juan Ortiz Espinosa

Tesorero/Form. Continuada

Pablo García López

Vocal Investigación

Isabel Fernández Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Residentes

Miguel Marcos Herrero

Vocal Provincial Málaga

Elena Mayorga Ramos

e-mail: elmara@samfyc.es

Vocal Provincial Huelva

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teleline.es

Vocal Provincial Jaén

Eduardo Sánchez Arenas

e-mail: esanchez13@hotmail.com

Vocal Provincial Granada

Romualdo Aybar Zurita

e-mail: aybar@samfyc.es

Vocal Provincial Córdoba

José García Rodríguez

e-mail: jngarcia@samfyc.es

Vocal Provincial Cádiz

Antonio Javier Zarallo Pérez

e-mail: antobu@samfyc.es

Vocal Provincial Sevilla

M^ª Angeles Mon Carol

e-mail: moncarol@samfyc.es

Vocal Provincial Almería

José Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Patronato Fundación

Manuel Gálvez Ibáñez

Antonio Manteca González

Pedro Schwartz Calero

Manuel Ceballos Vacas

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

e-mail: samfyc@samfyc.es

http://www.samfyc.es



Sumario

Editorial

- 122 Sobre gestión clínica
Martin Acera S.

El espacio del usuario

- 124 Sanidad Pública: ¿Qué reclaman los usuarios andaluces?
Ruiz Legido, O.

Originales

- 126 Control de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2. Adecuación a los criterios de la asociación americana de diabetes de 1999
Avila Lachica L, Gómez García MC.
- 132 Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos
Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz del Castillo F, Almoguera Moriana E, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA.
- 137 Indicación de tratamiento farmacológico en la dislipemia diabética
Gómez García MC, Avila Lachica L, Ramos Gallego G, González Roa G, Sarmiento Jiménez F.
- 141 Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria
Varela Ruiz FJ.
- 145 El anciano deprimido y su vivencia familiar
García Lozano L, Mérida Quiñónez FJ, Mesa Ramos RG.
- 151 Anciano desplazado: Perfiles terapéuticos e implicaciones sociosanitarias
Jiménez Villegas F, Cruz Tijeras MD, Sánchez Álvarez M, González Peinado MA, Fuentes González CI, MármoI Teruel J M, Alcalá López, MA.
- 156 La relación de los adolescentes con los sistemas de salud
Maldonado Díaz I, Megías López E, Bellón García N, García Ruiz T, López López FJ, López Somalo E.
-

Artículo de Revisión

- 162** Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria
Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo J P, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz J A, Lorente Serna J, Guirau Navarro JE, Delgado Fernández M, Albarracín Vilchez MF.

A Debate

- 169** Evolucionando hacia la atención domiciliaria
Herrera Molina E, Villegas Portero R.

Área Docente

- 174** Acreditación de tutores de medicina de familia
Vallejo Lorenzo A, Torio Durántez J, Gálvez Ibáñez M, Molina Fernández E, Moratalla Rodríguez G, Prados Torres D, Ruiz Moral R, de Serdio Romero E, Revilla Ahumada L, Peinado Álvarez A.

Sin Bibliografía

- 181** La atención primaria en el Reino Unido. Rotación de una residente de Medicina de Familia por un Centro de Salud escocés
Mora de Sambricio A.

¿Cuál es su diagnóstico?

- 184** Mujer joven con cambios de color en sus manos
Ruiz de Rúa P, Segura Schultz C.

Artículo Especial

- 186** Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica: «hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario», o, «cómo potenciar el desarrollo de la Atención Primaria»
Martín Acera S, García Encabo M, Alonso Durán B.

Nota de prensa para revistas profesionales

- 196** Información sobre las insulinas.

197 Publicaciones de interes/Alerta bibliográfica

Barbero Salado NB, Bellón García N, Gálvez Ibáñez M, Lahoz Rayo B, Maldonado Díaz I, Mejías López ME, Pêrula de Torres L, Ruiz de la Rúa P, Torres Maese M.

205 Actividades científicas

206 Composición y evolución del número de socios de la Samfyc

207 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family and
Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 1, Nº 2, November 2000

Contents

Editorial

- 122 Clinical management

Martín Acera S.

The consumer's corner

- 124 Publicly-Financed Health Care: What do Andalusian Users Want?

Ruiz Legido O.

Research papers

- 126 Control of cardiovascular risk factors in type II diabetic patients. Conformance with clinical practice guidelines established by the american diabetes association.

Avila Lachica L, Gómez García MC.

- 132 The effectiveness of an educational intervention upon the correct use of inhalation devices for asthmatic patients

*Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz del Castillo F,
Almoguera Moriana E, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA.*

- 137 Indications for drug therapy in diabetic patients with dyslipidemia

Gómez García MC, Avila Lachica L, Ramos Gallego G, González Roa G, Sarmiento Jiménez F.

- 141 Family disfunction and frequent use of primary care services

Varela Ruiz FJ.

- 145 The depressed elderly patient and family environment

García Lozano L, Mérida Quiñónez FJ, Mesa Ramos RG.

- 151 Therapeutic curves among the elderly and their implications for social and health care

*Jiménez Villegas F, Cruz Tijeras MD, Sánchez Álvarez M, González Peinado MA, Fuentes González CI, Mármol Teruel JM,
Alcalá López, MA.*

- 156 The relationship between adolescents and health care systems

*Maldonado Díaz I, Megías López E, Bellón García N, García Ruiz T,
López López FJ, López Somalo E..*

Review article

- 162** Attending to an immigrant's first primary care visit
Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo J P, Luján Jiménez R, Gámez Gámez E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna J, Guirau Navarro JE, Delgado Fernández M, Albarracín Vilchez MF.

Debate

- 169** Evolutioning to domiciliary attention in primary care.
Herrera Molina E, Villegas Portero R.

The teaching area

- 174** Accrediting tutors in family medicine.
Vallejo Lorenzo A, Torio Duránte J, Gálvez Ibáñez M, Molina Fernández E, Moratalla Rodríguez G, Prados Torres D, Ruiz Moral R, de Serdio Romero E, Revilla Ahumada L, Peinado Álvarez A.

Without bibliography

- 181** Primary Care in the United Kingdom: Experiences of a Resident in Family Medicine in a Scottish Health Center
Mora de Sambricio A.

What's your diagnosis?

- 184** Color changes occurring in a young woman's hands
Ruiz de Rúa P, Segura Schulz C.

Special article

- 186** One way to understand and practice clinical management: "Do the right things correctly in a clear and informed relationship between professional and user," or "How to strengthen primary care development"
Martín Acera S, García Encabo M, Alonso Durán B.

Press releases for professional journals:

- 196** Information on insulins

197 Interesting publications

Barbero Salado NB, Bellón García N, Gálvez Ibáñez M, Lahoz Rayo B, Maldonado Díaz I, Mejías López ME, Pérula de Torres L, Ruiz de la Rúa P, Torres Maese M.

205 Scientific activities

- 206** A prolife of the evolving number of members belonging to the andalusian society of Family and Community Medicine

- 207** Information for authors
-

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

Director

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista

Subdirector de la revista

Presidente de la SAMFYC

Luciano Barrios Blasco

Pablo Bonal Pitz

Juan Ortiz Espinosa

Pablo García López

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*

Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*

José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*

Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*

Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*

Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*

Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*

Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*

Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*

José Antonio Castro Gómez. *Granada.*

Ana Delgado Sánchez. *Granada.*

Antonio Fernández Castillo. *Granada.*

Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*

Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*

Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*

Francisco J. Gallo Vallejo. *Granada.*

Pablo García López. *Granada.*

José Manuel García Puga. *Granada.*

José María de la Higuera. *Sevilla.*

Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*

José Lapetra Peralta. *Sevilla.*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*

José Gerardo López Castillo. *Granada.*

Luis Andrés López Fernández. *Granada.*

Begoña López Hernández. *Granada.*

Fernando López Verde. *Málaga.*

Manuel Lubián López. *Cádiz.*

Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*

Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*

Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*

Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*

Eduardo Molina Fernández. *Huelva.*

Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*

Maximiliano Ocete Espinola. *Granada.*

Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*

M^ª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*

Luis Pérula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*

Daniel Prados Torres. *Málaga.*

Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*

Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*

Roger Ruiz Moral. *Córdoba.*

Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla.*

José Luis Sánchez Ramos. *Huelva.*

Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga.*

José Manuel Santos Lozano. *Sevilla.*

Reyes Sanz Amores. *Granada.*

Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*

Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*

Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*

Isabel Toral López. *Granada.*

Jesús Torio Duránte. *Jaén.*

Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*

Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*

César Brandt. *Venezuela.*

Javier Domínguez del Olmo. *México.*

Irma Guajardo Fernández. *Chile.*

José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*

Sergio Solmesky. *Argentina.*

José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Edita:

Ediciones Adhara, S.L.

Información para suscripciones:

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad cuatrimestral durante el año 2000. El precio de la suscripción para este año es de 1.950 pts en España, 14,40 euros en Europa y 16,50 euros para el resto del mundo, en cualquier caso libre de tasas postales. Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de Suscripciones. Apartado Postal nº 20, 18110 - Las Gabias - Granada (España); o bien por fax: + 34 958 584 535.

En el caso solicitar números sueltos se remitirán al precio de 650 pts en España, 4,80 euros en Europa, y 5,50 euros para resto del mundo, tasas de correos incluidas.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Envíos

Los envíos se efectuarán mediante correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía. Apartado Postal nº 20. 18110 - Las Gabias - Granada (España).

Página web: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>

<http://www.samfyc.es> → revista

e-mail: samfyc@samfyc.es

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de esta revista serán gestionados por: Srta. Ana Rayo Torres. c/ Golondrina, 28 bajo - 18110 - Las Gabias - Granada (España)
Tfno: 958 584 063

ISSN: 1576-4524

Depósito legal: Gr-368-2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

Reservados todos los derechos

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotografías, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materias ecológicas en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas; tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain

EDITORIAL

Sobre Gestión Clínica

Bajo la denominación “gestión clínica” se encuadran conceptos y experiencias diversos, si bien podrían agruparse en dos bloques: uno relacionado con la gestión de procesos basada en la evidencia, y, otro, en realidad más cercano a la gestión descentralizada de recursos por parte de los clínicos que a la gestión “de la clínica”.

Los dos enfoques pueden considerarse parciales, en el sentido de dirigirse a “partes” de la actividad clínica, y, limitados, tanto en su expresión operativa, cómo, en su capacidad de originar cambios sobre el objeto de la actividad del clínico (centrados en algunos procesos, el primero, y en algunos recursos más o menos relacionados con la actividad clínica, el segundo).

La dificultad de acercarse a un enfoque globalizador e integrador en la “gestión clínica” radica primera y fundamentalmente en su razón de ser, es decir, en su finalidad.

Desde “hacer mejor las cosas y/o hacer las cosas a un coste menor” hasta “hacer correctamente las cosas correctas”, existe un camino en cuyo recorrido nos encontramos con varias cuestiones cuya respuesta nos conduce a lugares muy diferentes.

Quienes sienten gusto por acercarse al “hacer correctamente las cosas correctas” se consideran insatisfechos, cuando no incómodos, con los dos enfoques señalados anteriormente como “gestión clínica”.

Para ayudar a definir un concepto integrador de gestión clínica debería responderse, al menos, a 5 preguntas clave (lo que no significa que no existan muchas más):

¿Cuáles pueden considerarse las cosas correctas?, ¿quién las define?, ¿con qué criterios?.

¿Qué es lo correcto?, ¿cómo se hace?.

Además existen otras preguntas importantes ya que están en el origen de la aparición de la corriente de la gestión clínica:

¿Cuáles son los objetivos de los servicios sanitarios?, ¿cuál su papel social?, ¿qué tipo de organización sanitaria queremos?, ¿qué papel juegan en la misma los profesionales?, ¿cuál es el rol de la Atención Primaria y de sus profesionales?, etc.

Son las mismas que han generado proyectos anteriores más o menos ilusionantes y que han ido quedando en el camino del desarrollo de los servicios sanitarios (incluida la Atención Primaria): autogestión, descentralización, competencia...

Ninguno de ellos ha conseguido alcanzar el centro del problema de la gestión eficiente de los servicios sanitarios: el papel de los profesionales, limitándose a ofrecer, en realidad, diferentes cotas de poder en la gestión de algunos recursos (formación, sustituciones, bienes y servicios), no precisamente los más importantes ni por volumen de gasto ni por relación directa con su actividad, cuando no, a “utilizar” a los profesionales como “empresarios” interesados en “captar clientes” que les pudieran aportar un “mayor margen de beneficio” (entiéndase económico).

Se trata, en suma, de un enfoque empresarial (¿cuánto echan mano los ideólogos del sistema y los gestores de la industria para generar “nuevas” ideas!), que pretende hacer del usuario, cliente, y del profesional un pequeño empresario, en una versión revitalizada, pero anacrónica, del “despotismo ilustrado” que ha caracterizado las relaciones entre profesional y paciente durante los últimos lustros de la historia de los servicios sanitarios.

Son ideas y proyectos que surgen desde la gestión (y para la gestión, podría decirse), mientras los clínicos y los usuarios, interesados en el correcto funcionamiento y la mejora de los servicios sanitarios, se mueven “desesperadamente” por otros derroteros: generación de grupos de trabajo interesados en la formación y la calidad y en el diseño de nuevas herramientas tecnológicas para la clínica, los primeros; búsqueda de información y elección “boca – oído” de los mejores profesionales y servicios, los segundos.

El punto de encuentro entre unos y otros: usuarios y profesionales, de sus legítimos intereses, se convierte así en la auténtica respuesta a las preguntas centrales sobre la perspectiva futura de los servicios sanitarios, y, naturalmente de la atención primaria.

El resto, la gestión de recursos, es el envoltorio, lo instrumental, aquello que puede, si se utiliza correctamente, ayudar, pero nunca resolver, por sí sólo, el problema.

Llegar a esta conclusión es tanto cómo invertir el orden de importancia en los papeles de cada cual, pasando los gestores a “servidores de” (potenciando la relación profesional – usuario) y los usuarios y profesionales a protagonistas del modelo de relación, de la comunión de intereses que deseen.

No es difícil de comprender que un enfoque de estas características se encuentre con dificultades de impulso desde los niveles de dirección – gestión, casi siempre expresadas como “dificultades” de implantación.

No se trata, ingenuamente, de pensar que este modelo de relación entre profesionales y usuarios, basado en un enfoque diferente de la gestión clínica (hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada profesional – usuario), no tenga sus dificultades ni sus problemas, muy al contrario, se trata de utilizar este modelo para diferenciar la actividad de unos y de otros, en base a resultados que relacionen lo que se hace, como se hace y para quién se hace, con el coste de hacerlo de esa manera.

En definitiva, que traslade, con transparencia y rigor, los datos de la actividad de los profesionales (y de su relación con los usuarios) a un terreno dónde sea la evaluación objetiva, y objetivable, la que ponga a cada cual en su sitio según su esfuerzo y asunción de responsabilidades, huyendo definitivamente de discusiones ideológicas y apriorismos que tan sólo esconden temores e incapacidades de quienes las generan y mantienen.

En este sentido, la Comunidad Autónoma Andaluza y sus dirigentes sanitarios representan un caso singular. Desde el punto de vista estratégico han definido un Plan que trata de hacer girar el futuro de la organización en torno al concepto de Gestión Clínica referido, y, desde el operativo, cuenta con un bagaje histórico, unos profesionales de atención primaria y unos instrumentos y herramientas (aplicación de historia clínica informatizada, definición de un sistema de medición de producto que relaciona pacientes y consumos clínicos, cartera de servicios y sistemas externos de medición de la opinión y satisfacción de los usuarios), que permitirían su desarrollo.

Todo ello la diferencia muy claramente del resto de Comunidades del Estado Español, en el que ha generado una actitud expectante de la que no parece ser consciente.

De nuevo, la atención primaria andaluza cuenta con una estrategia propia de desarrollo, con la diferencia, esta vez, de que el papel que se le propone de centro del modelo sanitario global, condiciona el desarrollo estratégico del mismo.

Es una decisión arriesgada, aún más en momentos en que se cuestiona el éxito de la anterior reforma de la atención primaria, y, que sitúa a esta Comunidad en el punto de mira del resto del país, cuyas opciones inciden más en los desarrollos empresariales (la gestión de recursos) y de preponderancia de la atención especializada (el nivel primario subsidiario de sus decisiones).

¿Qué inhibe a los gestores en su aplicación?. ¿Cuál debe ser la actitud de los profesionales de atención primaria en esta encrucijada?.

Los profesionales de atención primaria andaluces tenemos, al menos, dos caminos ante este proceso y la posibilidad de aprovecharlo en la reivindicación de nuestro papel en el desarrollo de una atención primaria que se ligue inequívocamente a nuestro propio desarrollo profesional:

- 1/ Aceptar el reto que supone implicarnos activamente en esta forma de entender la gestión clínica, y, en consecuencia organizarnos y someternos a una evaluación por resultados que legitime nuestra actividad y permita detectar y obligue a corregir los puntos débiles que vayan apareciendo en su consecución (recursos humanos, tecnología, formación, liderazgo, sistemas de información, burocratización, autonomía, responsabilidad, etc).
- 2/ Adoptar una actitud reivindicativa, creíble a priori y por ser quienes somos, en relación a los puntos débiles (posiblemente los mismos que antes enunciábamos) que nosotros decimos condicionan nuestra actividad y sus resultados.

La diferencia entre una y otra postura es evidente:

- mientras que la primera es claramente objetivable, la segunda puede o no ser creíble.
- mientras que la primera supone diferenciar según asunción de riesgos, la segunda es repartir igualitaria e independientemente de los esfuerzos.
- mientras que la primera es legitimarnos desde el esfuerzo y la voluntad de mejora, la segunda, es imponernos desde un enfoque tradicional.
- mientras que la primera contribuye al desarrollo de una atención primaria legítima, técnicamente moderna y científicamente contrastable ante la sociedad y el resto de niveles del sistema, la segunda, nos coloca ante la sociedad y el sistema sanitario en una posición de “más de lo mismo”: el lenguaje de los privilegios y de las reivindicaciones como objetivos en sí mismas, más o menos envuelta en el celofán de nuestra preocupación por la calidad y los usuarios.

Decidimos por la primera de las opciones nos legitimaría para exigir de todos los niveles del sistema y sus competidores (también los proveedores privados) unos mecanismos de evaluación de coste – beneficio homogéneos, reproducibles y transparentes, liberándonos definitivamente de la carga de tener que demostrar constantemente que estamos tan capacitados como el resto de profesionales del sistema y somos tan eficientes como cualquiera de ellos.

Este puede ser un buen momento para posicionarnos nítidamente y exigir el derecho a desarrollar la atención primaria bajo una perspectiva claramente profesional y de auténtica orientación al usuario, o, colaborar en el sostenimiento de una atención primaria, que tras varios años de inanición ideológica, languidece mientras espera soluciones ajenas y milagrosas.

Hagamos lo que hagamos, que sea con la conciencia de que el disfrute o no de nuestra aún amplia vida profesional estará condicionado por nuestra decisión actual.

Santiago Martín Acera

Pediatra. Especialista en Administración Sanitaria y Salud Pública y en Técnicas de Investigación Social aplicadas a las Ciencias de la Salud.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Sanidad Pública: ¿Qué reclaman los usuarios andaluces?

Ruiz Legido O.

Gabinete Técnico-Jurídico FACUA.

La actuación de protección de la salud en nuestra Comunidad Autónoma, en el marco de un Sistema Sanitario definido como público, de aseguramiento único y público, cobertura universal y gratuito debe responder a una serie de principios o criterios de funcionamiento básicos tales como:

- Universalidad de la prestación y equidad e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al sistema.
- Igualdad social de trato y acceso y equilibrio territorial en la prestación de los servicios.
- Concepción integral de la salud.
- Utilización eficaz de los recursos y responsabilidad de todos los sujetos responsables en la gestión de los servicios.
- Planificación, eficacia y eficiencia en la organización sanitaria.*
- Participación de los usuarios en el sistema tanto a nivel individual como colectivo e institucionalmente.
- Mejora continua de la calidad de los servicios y prestaciones como objetivo último.

Todos estos criterios de funcionamiento inciden de forma directa o indirecta en el propio diseño y concepción de los servicios de atención al usuario, actual vía de gestión y tratamiento de las consultas, quejas y reclamaciones de los usuarios frente al sistema. No obstante la realidad es que éste no ha venido otorgando al usuario el papel que se merecía, y que lógicamente le corresponde, como eje central del sistema sanitario y legitimador último de sus actuaciones.

En primer lugar y antes de entrar en el análisis detallado de las causas más frecuentes de quejas y reclamaciones de los usuarios, hay que decir que el sector sanitario no es precisamente el sector de actividad en el que más reclamaciones se concentran. No existe por tanto una relación directa y proporcional entre porcentaje de usuarios atendidos por el sistema sanitario público y el número de reclamaciones que éstos presentan, sobre todo si lo comparamos con otras actividades o prestaciones de servicios utilizadas por los ciu-

dadanos. A nuestro entender ese dato refleja que realmente la sanidad pública no lo hace tan mal como a veces sus detractores quieren presentarla. No obstante, tampoco puede obviarse que en este sector existen unos condicionantes importantes que frenan a los enfermos-usuarios a dejar constancia de sus quejas, sugerencias y denuncias, siendo uno de ellos el "temor" que impone a la persona afectada el reclamar frente a quién debe remediarle o aliviarle posteriormente un problema de salud.

Cuál es la situación actual que presenta la atención al usuario en el nivel de atención primaria y cuáles son las quejas, consultas y reclamaciones de los usuarios del sistema en dicho nivel, del que no puede olvidarse es la puerta de entrada al sistema:

- Situación y estado de las instalaciones y edificios. Se viene poniendo de manifiesto la necesidad de mejora en la preservación de la intimidad de los pacientes / usuarios, una mejor localización de las unidades de atención al usuario, mejora del estado físico y condiciones de habitabilidad de los edificios donde son atendidos los enfermos y supresión de las barreras arquitectónicas aún existentes.
- El trato dispensado al enfermo por el personal, tanto sanitario como no sanitario. Estamos hablando de largas esperas en citas previamente concertadas, excesivos impedimentos burocráticos o administrativos para acceder a una prestación o consulta, falta de respeto al paciente, escasas o nulas explicaciones al enfermo sobre su padecimiento, diagnóstico y tratamiento y en general problemas a la hora de humanizar la relación con éste último.
- Dificultad en el acceso rápido y ágil al sistema sanitario, incluida la atención primaria. El acceso telefónico por parte de los usuarios a los centros con ocasión de concertar citas previas, urgencias domiciliarias o resolución de dudas asistenciales, en multitud de ocasiones, resulta imposible por saturación de las líneas o no recepción de la llamada. En muchos centros se simultánea por la misma persona la atención telefónica con la personal en detrimento de ambas.
- Las unidades de atención al usuario suelen estar situadas en espacios ruidosos. La información es frecuente

Correspondencia: Olga Ruiz Legido. Gabinete Técnico-Jurídico FACUA
C/ Bécquer 25 - 41002 Sevilla
E-mail: facua@facua.org

que se facilite a través de multitud de impresos situados en la pared, sin ajustarse a unas mínimas formas y en ocasiones escritos a mano sin firma ni sello oficial. Esta situación provoca confusión en el usuario y la sensación de caos organizativo.

- El personal que atiende al usuario no suele responder al perfil más idóneo para la atención al público, demandándose una mayor capacitación y formación. Las respuestas que se ofrecen son estandarizadas, se producen tarde y no ofrecen satisfacción al usuario. El sistema se presenta como algo inaccesible donde el contacto con los profesionales y los servicios se hace difícil.
- Exceso en determinadas gestiones de una burocracia administrativa innecesaria.
- Escasa o deficiente información sobre prestación de servicios, condiciones de acceso, libre elección, etc.. dificultando con ello la relación usuario-sistema en general y más concretamente usuario-profesional médico. Esto unido al exceso en ocasiones de burocracia administrativa para cuestiones que precisan de una ágil y eficaz tramitación evidencian un alejamiento entre el sistema y las necesidades reales de sus usuarios.

Fuera de estos supuestos nos encontramos con otro importante bloque de conflictos, las denominadas negligencias médicas y que en la atención primaria tiene una menor incidencia, siendo ésta mayor en atención especializada y hospitalaria.

El relato de la actual problemática que presenta la sanidad pública en nuestra Comunidad y en el área de la atención primaria más concretamente, debe servir y ese ha sido siempre el objetivo último de FACUA, para partiendo de su conocimiento, buscar fórmulas de mejora y adecuación de la organización asistencial al ciudadano. Debe situarse al paciente en el auténtico centro del sistema, garantizándole no sólo la asistencia sanitaria y su seguimiento sino también información suficiente sobre cómo acceder al sistema y sus prestaciones y favoreciendo y potenciando su responsabilidad en la utilización de los servicios así como su participación en la mejora del mismo mediante la canalización de sus quejas y reclamaciones y su posterior atención.

El usuario de la sanidad pública reconoce la calidad asistencial que recibe pero también observa que no se sitúa en paralelo con el nivel de información que el sistema le facilita ni con el trato personal y humano que recibe de sus profesionales (al margen del exclusivamente clínico o asistencial).

Un análisis de la situación nos lleva a la conclusión de que es necesario un nuevo enfoque de la relación sistema-usuario y que estos cambios pasan por una mejora en la organización de los servicios de atención al usuario, mejorando tanto en el fondo como en la forma el trato dispensado al paciente.

Esta situación precisa de ser abordada, entre otras cuestiones, para evitar generar una permanente sensación de frus-

tración y resignación en el usuario. Frustración frente a un gran mecanismo que deviene inaccesible para él, que está sólo en manos de profesionales y que actúa al margen de sus necesidades y resignación ante la imposibilidad de corregir sus disfunciones. Es preciso por tanto potenciar y mejorar la atención al usuario, orientando los servicios hacia él , personalizando la atención, y eliminando o reduciendo trámites administrativos inoperantes.

La relación con el usuario debe ser una relación ágil, inmediata sencilla facilitada de forma correcta y adecuada tanto en los contenidos como en el modo de hacérsela llegar. El usuario debe convertirse en el auténtico auditor del sistema sanitario, participando en él no sólo colectiva e institucionalmente sino también de forma individual a través de sus quejas y sugerencias sobre el funcionamiento del mismo y para que desempeñe correctamente esta función debe estar suficientemente informado.

La información se convierte así en un pilar básico de la relación entre el sistema sanitario y el usuario. Su correcta administración y gestión ahorraría buena parte de las reclamaciones que en la actualidad se presentan. A su vez un usuario bien informado impulsa el buen funcionamiento del sector , exigiendo las mejoras e innovaciones necesarias y convirtiéndose en auténtico corresponsable de su gestión.

Una óptima gestión y tramitación de las quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios tanto a nivel individual como colectivo, organizando adecuadamente el funcionamiento de los Servicios de Atención al Usuario implica un traslado de poder al ciudadano, poder que no sólo se limita al ejercicio del derecho de libre elección de médico general y pediatra sino que debe abarcar también necesariamente aspectos tales como una información clara y completa sobre el funcionamiento del sistema de un modo bidireccional (sistema-usuarios y viceversa) y el reconocimiento efectivo de la participación, tanto a través de cauces institucionales como de canales de atención a sus quejas y sugerencias.

En este sentido desde FACUA venimos demandado un papel más activo en este sector, participando en cualquier reforma organizativa que desde el Servicio Andaluz de Salud se aborde en relación a la atención a los usuarios y el tratamiento de sus quejas y reclamaciones. Desde esta perspectiva consideramos que el papel que estamos llamadas a desempeñar las organizaciones de consumidores es fundamental, de una parte como mecanismo de análisis y tratamiento de las quejas de los usuarios a nivel global, estableciendo procedimientos de captación, cómputo, seguimiento, resolución y evaluación de las mismas y buscando conjuntamente soluciones y mejoras, y de otra parte como vehículo de suministro de información mutua a través de los foros de diálogo adecuados. Se consigue con ello una implicación directa y activa de los ciudadanos en el sistema, garantizando una mayor transparencia en su funcionamiento y por tanto generando entre los usuarios confianza en el mismo.

ORIGINAL

Control de los factores de riesgo cardiovascular en los diabéticos tipo 2. Adecuación a los criterios de la asociación americana de diabetes de 1999

Avila Lachica L¹, Gómez García MC².

¹C.S. Benamargosa. Benamargosa (Málaga); ²C.S. Vélez Sur. Vélez Málaga (Málaga).

Objetivos: Valorar la adecuación del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el diabético tipo 2, a los objetivos de control propuestos por la Asociación de Diabetes Americana (ADA) de 1997, basados en el estudio United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS).

Diseño: Descriptivo transversal.

Ambito de estudio: Dos centros de salud de ámbito rural.

Sujetos: 260 historias clínicas de diabéticos tipo 2 incluidos en el programa de diabetes de dos centros de salud. Selección mediante muestreo aleatorio estratificado por ZBS. Cálculo de tamaño muestral para el caso más desfavorable $p=q=0.5$, precisión 0.05 y confianza 95 %.

Mediciones: Hemoglobina glicosilada (Hb A1c), estadio de la tensión arterial (TA), ldl-colesterol, índice de masa corporal (IMC) y hábito tabáquico.

Resultados: La edad media fue 66.61 ± 11.67 años, con un 32.54 % de varones. El 35 % eran además de diabéticos, hipertensos y dislipémicos. El control fue deficiente según objetivos de la ADA, para la Hb A1c en el 34.80 %, para la TA en el 9.60 %, para los niveles de LDL-colesterol en el 64.30 % y por último para el IMC superior al 90 %. Existe un alto porcentaje de historias en las que no figuran los datos.

Conclusiones: Existe un deficiente control de los FRCV en los diabéticos tipo 2, faltando además datos en un alto porcentaje de historias clínicas. Deberíamos ser más agresivos en el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y solo así conseguiremos reducir la elevada morbi-mortalidad de este grupo. Es necesario aumentar la rigurosidad en el registro de datos en las historias clínicas.

Palabras clave: diabetes, riesgo cardiovascular, objetivos de control.

CONTROL OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN TYPE II DIABETIC PATIENTS. CONFORMANCE WITH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ESTABLISHED BY THE AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.

Objective: To evaluate whether cardiovascular risk factors (CVRF) among Type II diabetics are being adequately controlled in conformance with the standards of medical care proposed by the American Diabetes Association (ADA) in 1997, based on the United Kingdom's Prospective Diabetes Study (UKPDS).

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: Two rural health centers.

Subjects: 260 clinical histories pertaining to Type II diabetics being treated in both health centers' diabetes programs. Random sample selection, stratified according to Basic Health Zone. Calculation of the sample size for the least favorable case $p=q=0.5$, precision 0.05 and confidence interval 95%.

Measures: Glycosylated hemoglobin level (HbA_{1c}) blood pressure level, LDL cholesterol, body mass index, and smoking habit.

Results: The average age was 66.61 ± 11.67 years, and 32.54% were male. In addition to being diabetics, 35% of them suffered from high blood pressure and had dyslipidemia. Control, according to ADA-established goals, was deficient among 34.80% for (HbA_{1c}), 9.60% for high blood pressure, 64.30% for LDL cholesterol levels, and in more than 90% for body mass index. A high percentage of clinical histories did not include the data.

Conclusions: Control of CVRF among Type II diabetics is deficient, and information is missing in a high percentage of clinical histories. Our treatment should be more aggressive (pharmaceutical and non-pharmaceutical) if we hope to reduce the high morbidity and mortality levels found in this group. Greater rigor is needed when registering this data in clinical histories.

Key Words: Diabetes, cardiovascular risk, standard of medical care.

Correspondencia: Avila Lachica L. Centro de Salud de Benamargosa (Málaga). Tfno: 952 517010 - E-mail: lavilal@meditex.es

Recibido el 25-02-2000; aceptado para su publicación el 12-06-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 126-131.

Introducción

El diabético es un paciente de riesgo aterogénico elevado, en el que se acumulan otros factores que se potencian entre sí, en especial hipertensión arterial, dislipemia y obesidad. Para un mismo número de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el diabético presenta mayores tasas de mortalidad que la población general¹. Se estima que el 30-75 % de las complicaciones de diabetes pueden atribuirse a hipertensión, que a su vez es 2 veces más frecuente en sujetos diabéticos. Entre un 30-70 % de los diabéticos presentan dislipemia. Otros factores que no podemos olvidar son la obesidad (el 80 % de los diabéticos lo son), la inactividad física y el tabaco. Los efectos negativos del tabaco son mucho mayores entre la población diabética, estimándose que los diabéticos fumadores tienen un riesgo cardiovascular 14 veces superior².

El objetivo terapéutico que se persigue en cualquier paciente diabético tipo 2 es conseguir, además de la normoglucemia, cifras adecuadas de tensión arterial, niveles controlados de LDL-colesterol e índice de masa corporal adecuado fundamentalmente, para de este modo, prevenir o retrasar las complicaciones de la enfermedad³. La relación existente entre niveles de glucemia elevados y complicaciones de la diabetes se postuló a principios de este siglo, sin embargo, su demostración no ha sido posible hasta hace pocos años. Parece evidente que el control intensivo de la glucemia y de los demás FRCV reducen no solo las complicaciones en el diabético tipo 1, sino también en los diabéticos tipo 2. Así lo demuestran distintos estudios entre los que quizás podamos destacar el de Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), el similar aunque más pequeño de Kumamoto, y por último en el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)⁴⁻⁶. Esto ha dado lugar a unos nuevos criterios de diagnóstico y objetivos de control en este tipo de pacientes tanto a nivel europeo⁷ como los más aceptados sugeridos por la sociedad americana de diabetes (ADA)⁸.

En algunos artículos publicados, se hace referencia al bajo número de diabéticos controlados existentes independientemente de que su control sea hospitalario o por médicos de familia, existiendo en general un infraregistro de datos con amplio margen entre diferentes profesionales encontrándose alrededor de un 40% de diabéticos mal controlados⁹⁻¹¹.

Es por ello que nos planteamos valorar la adecuación del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en nuestros diabéticos tipo 2, a los objetivos de control propuestos por la Asociación de Diabetes Americana (ADA) en 1999⁷ (Tabla 1) basados en el estudio UKPDS⁵

Sujetos y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en dos centros de salud de ámbito rural, cuyo nivel socioeconómico es medio-bajo. De una población de 1577 habitantes en un núcleo de población y 34.036

en otro, se seleccionaron 260 historias incluidas en el programa de diabetes, de un total de 1848, mediante muestreo aleatorio estratificado por cupo de cada ZBS según cálculo del tamaño muestral para el caso más desfavorable $p=q=0.5$, con una precisión de 0.05 y una confianza del 95 %.

Mediante un protocolo estandarizado, se recogieron de las historias clínicas las variables de edad, género, niveles de hemoglobina glicosilada (Hb A1c), estadio de la tensión arterial (TA), niveles de LDL-colesterol (mg/ml), índice de masa corporal (IMC) y hábito tabáquico.

Atendiendo a los objetivos de control propuestos por la ADA en 1997, se consideraron para la Hb A1c, buen control si la Hb A1c fue $< 6\%$, aceptable si $<$ o igual de 7% y deficiente si > 8 . Para la TA: buen control si la TA era $<$ o igual a 130/85, y deficiente si $> 140/90$. Con respecto a los niveles de LDL-colesterol: bueno si < 100 mg/dl, aceptable si estaba entre 100 y 129 mg/dl y alto si > 130 mg/dl y por último, con respecto al IMC (kg/m²): bueno si los valores eran < 27 para los varones y < 25 para las mujeres, aceptable si $>$ o igual a 27 y < 30 para varones y > 25 y < 30 para mujeres, y deficiente si > 30 para varones y mujeres. Con respecto al hábito tabáquico, el control era malo si se fumaba al menos 1 cigarrillo. Estos valores quedan reflejados en la Tabla 1.

El estudio estadístico se realizó con el programa EPISTAT versión 6.0.

TABLA 1. Objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular en la DM2 según A.D.A. (1997)

Parámetro	Buen control	Aceptable	Deficiente
Hb A1c	<6	<7	>8
TA	<130/85		>130/85
LDLc	<100	<130	>130
IMC varones	<27	27-30	>30
IMC mujeres	<25	25-30	>30
Tabaco	0	0	al menos 1

Valores de normalidad para HB A1c entre 4-6%

TA = tensión arterial.

LDLc = LDL colesterol.

IMC = Índice de masa corporal.

Resultados

En nuestro estudio el 35 % de diabéticos eran además hipertensos y dislipémicos. La edad media fue 66.61 ± 11.67 años, con un 32.54 % de varones, no existiendo diferencias estadísticas entre las muestras de las dos zonas básicas de salud.

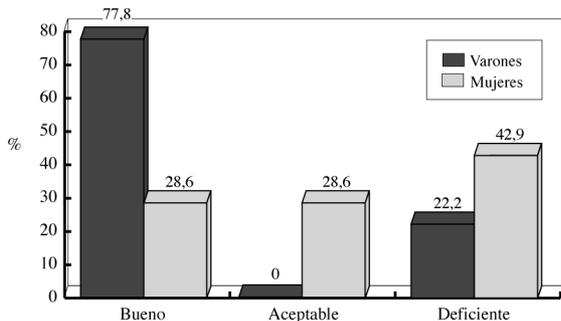
La prevalencia de diabetes es del 5.18 % en concordancia con la prevalencia estimada de entre el 3 y el 6 % de la población.

De las 260 historias revisadas, solo en 39 figuraban todos los datos de control, lo que representa el 15 % de los pacientes estudiados.

Con respecto a la Hb A1c, en el 58.65 % de las historias no constaba el dato. La adecuación del control fue bueno para el 47.80 % de los casos (66.63 % de varones frente al 36.36 % de mujeres), aceptable para el 17.40 % de los casos (0 % de varones) y deficiente para el 34.80 % (25% de varones frente al 75 % de mujeres). (figura 1).

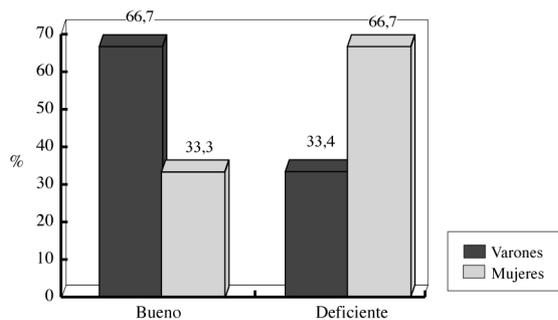
Con respecto a las cifras de TA, en el 8.78 % de las historias no constaba el dato. La adecuación del control fue bueno para el 44.20 % de los casos y deficiente para el 55.80 % (20 % de varones frente al 80 % de mujeres) (figura 2).

FIGURA 1. Adecuación del control según cifras de Hb A1c



Control bueno si Hb A1c es < 6, aceptable si entre 6-8 y deficiente si mayor de 8.

FIGURA 2. Adecuación del control según tensión arterial



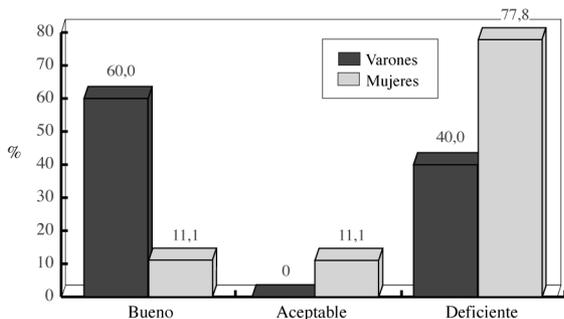
Porcentaje de pacientes por género que presentan un control bueno de TA (<130/85) o deficiente (>140/90)

Con respecto a las cifras de LDL-colesterol, la cifra no constaba, o no era posible calcularla en el 75.40 % de las historias. La adecuación del control fue bueno en el 28.60 % de los casos (75 % de varones frente al 25 % de mujeres), aceptable para el 7.10 % de los casos (0 % de varones) y deficiente para el 64.30 % (22.22 % de varones frente al 77.77 % de mujeres) (figura 3).

El IMC no constaba o no se pudo calcular en el 33.34 % de las historias. La adecuación del control fue bueno en el 0 % de los varones frente al 7.70 % de mujeres, aceptable para el 8.30 % de los varones y 0 % de las mujeres y deficiente para el 91.70 % de varones frente al 92.30 % de mujeres (figura 4).

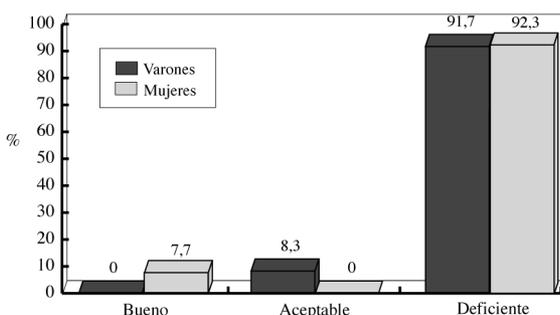
Por último en el 23.30 % de las historias no figura el dato de si eran o no fumadores. Entre los que consta, el 73.70 % no fumaban.

FIGURA 3. Adecuación del control según cifras de LDL colesterol



Porcentaje de pacientes por género que presentan un control bueno de LDLc (<100mg/dl), aceptable (<130 mg/dl) o deficiente (>130 mg/dl).

FIGURA 4. Adecuación del control según IMC



Porcentaje de pacientes por género que presentan un control bueno de IMC (<25-27), aceptable (<30) o deficiente (>30).

Discusión

La edad media de nuestros diabéticos tipo 2 es coincidente con la de los demás estudios publicados, así como la prevalencia de diabetes que coincide con la esperada y conocida por todos de entre el 3 y el 6 % de la población.

En nuestro estudio, el 35 % eran además de diabéticos, hipertensos y dislipémicos. Además como factores no modificables, la edad media fue 66.61 ± 11.67 años, con un 32.54 % de varones.

Numerosos trabajos muestran la gran variabilidad existente entre diferentes profesionales a la hora de marcarse objetivos de control de los pacientes diabéticos¹⁰, marcándose diferencias en un dato tan fácil de obtener como sería la Hb A1c que se recoge entre el 25 y el 89 % de los profesionales¹¹ coincidiendo nuestro resultado de no constar este dato en un 41 %, siendo en todos los estudios la TA el dato más registrado, aunque contrariamente a lo esperado tampoco el nivel de control de esta variable puede considerarse aceptable dado que el 55.8 % de los pacientes presentaban cifras superiores a 130/85 que recomienda la ADA. El objetivo es conseguir el mejor nivel posible para cada

uno de los parámetros de control, con la única limitación del deterioro de la calidad de vida del paciente, de tal modo que los expertos consideraran un tratamiento inadecuado, no el no conseguir los objetivos propuestos, sino el no intentarlo⁷.

Es de destacar el elevado porcentaje de historias en los que faltan datos fundamentales para conocer el control de los pacientes y en base a ello ser o no, más incisivo en las modificaciones de comportamiento o en actitudes con respecto al tratamiento. En ocasiones hemos comprobado que se hacen cambios en las pautas de tratamiento sin el soporte clínico o analítico documentado, siendo este dato interesante para posteriores estudios dada la influencia que podría tener algunos factores como el descontento con el trabajo en esta empresa, cargas asistenciales etc., descritas en la literatura como determinantes de la calidad de la atención prestada¹⁷.

A pesar de la queja continua de los médicos de atención primaria por el exceso de carga asistencial, hemos de seguir insistiendo en la recogida sistemática de los datos, que es sin duda alguna el único índice de garantía de calidad. Cabe citar un estudio suizo en el que se objetivó la calidad de la atención sanitaria ofrecida a los pacientes diabéticos a nivel nacional, durante los 6 meses anteriores al estudio. En este estudio, sólo en el 52 % de los casos se habían medido los valores de Hb A1c y los niveles de colesterol en el 16 %¹². Khunti¹¹ encuentra la petición de Hb A1c o fructosamina en el 72.5 % de los pacientes, pero con un rango de 25.3 a 89.3 %, lo que habla de la gran diferencia entre profesionales coincidiendo estos datos aproximadamente con los de nuestro estudio.

Con respecto a la Hb A1c, el control fue deficiente en más de un tercio de los casos (34.80 %). El infrarregistro de Hb A1c es también una de las conclusiones de Angullo y cols.¹²⁻¹³.

Las cifras de LDL-colesterol no figuraban en más de la mitad de los casos (64.30 %) posiblemente debido al sesgo producido por la dificultad en su cálculo. Desgraciadamente estos valores son también comparables a los distintos grupos que presentaron sus trabajos en el XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria de Tenerife¹⁴⁻¹⁵. Se indica intervención farmacológica con estatinas, si a pesar de las modificaciones en el estilo de vida, los niveles de LDL son > 115 mg/dl para la OMS y 100 mg/dl para la ADA, encontrándonos en nuestra zona con el inconveniente resuelto afortunadamente en los últimos meses, de la negativa del laboratorio a realizar determinaciones de HDL si el colesterol total no supera los 250 mg/dl, siendo esta quizás la causa de tan alta tasa de fallos en el estudio de hiperlipemias en los diabéticos. Este hecho se podría haber solventado con los niveles de

colesterol total que si están presentes en mas historias, pero dado que todos los consensos realizan indicaciones de tratamiento farmacológico y calculo de riesgo en función de los valores de LDLc no nos pareció que solo una cifra de colesterol o una de colesterol y otra de triglicérido tuviese suficiente significado como para tomar una decisión terapéutica y si estaban presentes los valores de hdl ya era posible calcular el valor de LDL, por lo que decidimos poner esta cifra como determinante del riesgo cardiovascular.

Para las cifras de TA, la adecuación del control fue deficiente para el 55.8 % algo inferior a la detectada por Bruno que alcanzaba el 83.4 % de los diabéticos ¹⁰.

La adecuación para el IMC fue deficiente para más del 90 % de los casos (91.70 % de varones frente al 92.30 % en las mujeres), siendo este unos de los porcentajes más altos que en trabajos similares consultados ¹⁵, aunque este dato no sabemos actualmente que importancia tiene, dado que pese a lo tradicionalmente aceptado, los pacientes controlados mejor ganan peso aunque desarrollan menos complicaciones que los que presentan un mal control ^{5, 18}.

Por último el 73.70 % de los diabéticos se ajustaban a la recomendación de no fumar, sin embargo el porcentaje de fumadores en nuestro estudio es superior al de Mendaña y cols, que encuentran un 9.1 % de prevalencia ¹⁶.

A veces la meta ideal puede ser difícil, imposible o innecesaria en ciertos pacientes (por ejemplo ancianos), por lo que deben establecerse objetivos individuales para cada paciente, sin embargo si queremos realmente reducir la elevada morbi-mortalidad en este grupo de pacientes hay que ser más agresivo en los tratamientos.

Conclusiones

Existe un escaso registro de datos de importante control y seguimiento, en las historias de los diabéticos tipo 2.

Existe un deficiente control de los FRCV en los diabéticos tipo 2. Deberíamos ser más agresivos en el tratamiento (tanto farmacológico como no farmacológico) y solo así conseguiremos reducir la elevada morbi-mortalidad de este grupo de pacientes. En el planteamiento diagnóstico y de tratamiento, lo importante es realizar un abordaje integral y continuado de los factores de riesgo cardiovascular del paciente. Atención primaria, por ser integral, integradora, continuada y accesible es la que tiene posibilidad de intervención precoz y seguimiento adecuado en los procesos crónicos.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los dos correctores anónimos que con sus sugerencias nos han ayudado a mejorar la calidad de este trabajo.

Bibliografía

1. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria. 3ª ed, Madrid: Harcourt, 1999.
2. Programa del adulto. Diabetes mellitus. semFYC. Ed Doyma SA, Madrid, 1998.
3. Aguilar M. Consenso para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria 1999; 24: 142-150.
4. DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complication of insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 329: 977-986.
5. UK Prospective Diabetes Study group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317: 703-713.
6. Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, et als. Intensive insuline therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. Diabetes Res Clin Pract 1995; 28: 103-107
7. European Diabetes Policy Group 1999. A desktpop guide to type 2 diabetes mellitus: Diabetic Medicine: 1999; 16: 716-730.
8. Standars of medical care for patients with diabetes mellitus. <http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement199/S32.htm>
9. Fernández E, Ferré F, Jiménez L, De Dios J. Valoración de los factores relacionados con el control de la glucemia en la diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria 1999; 24:39-43
10. Bruno G, Callo-Perin P, Barbero G, Borra M, Dérccio N, Pagano G. Glycaemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes: a population-based study. Diabet Med 1998; 15:304-307
11. Khunti K, Baker R, Rumsey M, Lakhani M. Quality of care of patients with diabetes: collation of data from multipractice audits of diabetes in primary care. Fam Pract 1999; 16:54-59
12. Egger M, Diern P. An opinion poll about diabetes care and its consequences. SVD Newsletter 1996; 9: 19-21.
13. Angullo E, Prats A, Romano J, Ruiz E, Arcusa N, Salvador B. Cardiopatía isquémica y diabetes: una asociación poco equilibrada. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999; 24: 226.
14. Cardiovascular. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999; 24: 279-313.
15. Diabetes. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999; 24: 313-320.
16. Mendaña P, Teijeiro MC, Laya J, González MI, Boullón C. ¿Fuman menos los diabéticos?. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999; 24: 316.
17. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. FMC 1998; 5: 491-492
18. Diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications research group. Retinopathy and nephropathy in patients with type 1 diabetes four years after a trial of intensive therapy. N Engl J Med 2000; 10; 342; 6: 381-389.

ORIGINAL

Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos

Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz del Castillo F, Almoguera Moriana E, Aguado Taberné C, Pérula de Torres LA.

Centro de Salud de Azahara. Zona Básica de Salud de Occidente. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba.

Objetivo: Comprobar si una intervención educativa mejora el uso de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos.

Diseño: Estudio cuasi-experimental (antes-después).

Emplazamiento: Centro de Salud de Occidente y consultorio de "El Higuero". Córdoba.

Población y muestra: Pacientes asmáticos mayores de 8 años que acuden a consulta. Mediante muestreo consecutivo se reclutaron 76 pacientes que reunían los criterios de inclusión.

Intervenciones: Tras una primera comprobación del manejo de la técnica, el médico señalaba al paciente los fallos detectados y le instruía para su correcta utilización.

En una segunda consulta, realizada a los 15 días de la primera, se volvieron a revisar los enfermos, procediéndose a una nueva valoración práctica.

Resultados: La media de edad fue de 37,5 años (DE 20,1); el 74% eran mujeres. El 69,7% de los pacientes usaban inhaladores de dosis medida (MID), el 53,9% dispositivo turbuhaler® y el 34,2% cámara espaciadora. Para MID 13 pacientes (24,5%) hacían un uso correcto del inhalador antes de la intervención y el 81,1% después ($p<0,001$). Para la cámara espaciadora, el 46,1% lo hacían correctamente antes y 19 (73,1%) después ($p<0,05$), y para el sistema turbuhaler®, el 37,5% lo hacían bien antes y el 75%, después ($p<0,001$). Por edad, son los menores de 35 años los que en mayor proporción logran mejorar el uso correcto del inhalador tras la intervención, para el MID ($p<0,001$).

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes asmáticos que, usando incorrectamente los sistemas inhaladores, reducen estos errores tras una intervención educativa. Son los jóvenes los que más beneficio obtienen de dicha intervención.

Palabras clave: Asma, educación sanitaria, tratamiento, inhaladores.

THE EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION UPON THE CORRECT USE OF INHALATION DEVICES FOR ASTHMATIC PATIENTS

Objective: To determine whether an educational intervention improves the use of inhalation devices among asthmatic patients.

Setting: Occidente Health Center and El Higuero outpatient clinic in Córdoba (Spain).

Population and Sample: Asthmatic patients over 8 years of age seen by a doctor. 76 patients were recruited through a consecutive sample which contained criteria for inclusion.

Interventions: Interventions: After checking the technique used by the patient, the doctor pointed out the errors detected and instructed the patient regarding its correct use.

In a second follow-up visit 15 days later, the patients were again examined and a new practical assessment was made.

Measures and Results: Average age was 37.5 years (DE 20.1); 74% were female. 69.7% of the patients used metered dose inhalers (MDI), 53.9 used the turbuhaler® device and 34.2% used the spacer chamber device. 13 patients (24.5%) used the MDI correctly prior to the intervention and 81.1% after the intervention ($p<0.001$). 46.1% used the spacer chamber device correctly before and 73.1% (19) after the intervention. In the case of the turbuhaler® device, 37.5% used it correctly before and 75% after ($p<0.001$). When compared according to age, the proportion of persons who learned how to use the inhaler correctly was higher among those 35 years and under, for the MDI ($p<0.001$).

Conclusions: A high percentage of asthmatic patients exists whose incorrect use of inhalation devices can be corrected following an educational intervention. Younger patients are those who most benefit from such an intervention.

Key Words: Asthma, health education, treatment, inhalation devices.

Correspondencia: José A. Gascón Jiménez.
c/ José M^o Martorell nº 36, 3-2. 14005 Córdoba
E-mail: UEI0728290010@eurociber.es

Recibido el 17-08-00; aceptado para su publicación el 02-10-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 132-136.

Introducción

El asma es una enfermedad de elevada magnitud representando un importante problema de salud pública. Aunque existe una gran variabilidad geográfica y se han utilizado diferentes formas de definir esta enfermedad en los múltiples estudios epidemiológicos realizados, encontramos que la prevalencia de asma en los países occidentales se sitúa en torno al 5%¹⁻³. En España, aunque las cifras entre la población de 20 a 44 años oscilan entre el 1% en Huelva y el 4,7% en Albacete (4), asma y EPOC presentan una prevalencia entre el 5-7% en adultos y 8-10% en niños, representando el segundo motivo de consulta de todos los procesos crónicos de una consulta de atención primaria⁵⁻⁷. Esta alta prevalencia conlleva un crecimiento del coste económico asociado, y todo ello a pesar de existir un aumento en las prescripciones terapéuticas, de un mejor conocimiento de la patogenia y del desarrollo de tratamientos más selectivos⁸.

La publicación en 1992 del Consenso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma facilitó enormemente el proceso de uniformidad de criterios en el seguimiento clínico y terapéutico de la enfermedad⁹. Así, según el II Informe de un Panel de Expertos, dentro de las medidas básicas para el tratamiento del asma está el evitar las exacerbaciones y disminuir las necesidades de visitas al servicio de urgencias y las hospitalizaciones¹⁰. En España, las urgencias por asma representan el 0,34% respecto al total de urgencias atendidas y el 1% de las urgencias médicas¹¹. Por lo tanto, y aunque el asma es una enfermedad potencialmente controlable en la mayoría de los casos, el infradiagnóstico, el tratamiento inadecuado y el mal cumplimiento de éste son los principales factores de la morbilidad del asma^{12,13}. Por ello, el control del asmático precisa de un adecuado programa de aprendizaje que debe hacer hincapié en que el paciente comprenda el significado y la importancia de su patología y en cómo ha de tratarse¹⁴.

En el tratamiento del asma, la vía inhalatoria es considerada la idónea para la medicación de control al permitir el depósito directo de altas concentraciones de medicación en la vía aérea, evitando así la medicación sistémica¹³⁻¹⁵. Habitualmente los pacientes deben manejar dispositivos que precisan de un adecuado adiestramiento; sin embargo, diferentes estudios ponen de manifiesto que entre el 60-70% de los pacientes no utiliza de forma apropiada estos dispositivos, disminuyendo así la efectividad del tratamiento^{12,16-18}.

La efectividad de la educación sanitaria al paciente con asma ha sido demostrada en numerosos ensayos clínicos controlados y otros estudios prospectivos¹⁹⁻²¹, y ha sido objeto de revisiones recientes de la colaboración Cochrane^{22, 23}. En todos estos estudios se pone de manifiesto que las intervenciones educativas que incluyen un plan de

automanejo escrito y revisiones periódicas parecen disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias o las visitas no programadas al médico de familia. En nuestro país son escasos los estudios que hayan demostrado la efectividad de las intervenciones educativas que incluyan un plan de automanejo de los inhaladores, y además estos han sido realizados en el medio hospitalario¹⁸. El objetivo del presente estudio fue valorar los fallos en el manejo de diferentes dispositivos inhaladores en los pacientes asmáticos atendidos en un centro de atención primaria y comprobar si un programa educativo de adiestramiento surte efecto al lograr corregir estos errores.

Sujetos y Métodos

Se diseñó un estudio prospectivo cuasi-experimental "antes-después", en donde los mismos pacientes fueron estudiados al inicio y tras una intervención educativa estandarizada (programa de adiestramiento).

Se incluyeron en el estudio pacientes con diagnóstico de asma mayores de 8 años adscritos a siete consultas del Centro de Salud "Azahara" y del consultorio "El Higuero" (Zona Básica de Salud de Occidente -Córdoba-) reclutados durante los meses de Abril a Junio de 1997. Los pacientes eran captados en consulta a demanda, mediante un muestreo consecutivo. Se trataba de pacientes de clase media-baja o baja, residentes de una zona urbana (incluyendo un barrio con población marginal) y otra periurbana o rural.

Estimamos que serían necesarios incluir a 76 pacientes en el estudio, teniendo en cuenta que un 70% realizaban mal la técnica de uso de los inhaladores antes de la intervención educativa, y que este porcentaje se reduciría, al menos, al 50% después de ésta (magnitud de la diferencia del 20%), para un error α del 5% y un error β del 2,5%. El porcentaje de pérdidas estimado para el cálculo del tamaño muestral fue del 5%. La muestra resultante se reclutó de forma proporcional al número de enfermos adscritos a cada una de las 7 consultas estudiadas.

El personal médico encargado de la valoración fue previamente instruido en el uso de la medicación, con el fin de unificar criterios y detectar los errores en la técnica de inhalación. Se estudiaron los sistemas inhaladores de dosis medida (MID), cámara y turbuhaler". En la tabla 1 se muestran los pasos a seguir en cada uno de estos sistemas para hacerlo de forma correcta.

En una primera consulta se recogieron diferentes datos del paciente tales como edad, sexo, tipo de inhaladores y técnica, tiempo de tratamiento y capacidad de reconocimiento de los distintos dispositivos; se instaba a los pacientes a que se administrasen la medicación en presencia del médico examinador, y se anotaban, en su caso, los defectos en el manejo del inhalador en una hoja de recogida de datos. La existencia de un único error en cualquiera de los pasos se consideró como prueba errónea. Tras la demostración, el médico señalaba al paciente los fallos detectados en la técnica e instruía al paciente para su correcta utilización.

En una segunda consulta, realizada a los 15 días de la primera, se volvieron a revisar los enfermos, procediéndose a una nueva valoración práctica y anotando, en su caso, los defectos encontrados en la misma hoja de recogida. Se consideró que no mejoraban con la educación sanitaria recibida aquellos que cometían algún error en la segunda valoración, así como los que no acudieron a esta segunda cita, que fueron 5 pacientes.

Como base de datos se usó el programa Dbase IV y para el análisis estadístico el programa Epi-info versión 6.0 y SPSS versión 7.5. Los

test estadísticos utilizados fueron el test de McNemar para la comparación de proporciones para datos apareados y la prueba ji-cuadrado para la comprobación de diferencias en el resultado de la intervención según las variables independientes sociodemográficas ($p < 0,05$).

TABLA 1. Pasos en la técnica de inhalación para cada uno de los sistemas (Tomado de 14)

USO DE INHALADORES A DOSIS MEDIDA (MID)
- PASO 1: Quitar el tapón y agitar el envase.
- PASO 2: Realizar una espiración profunda y lenta.
- PASO 3: Colocar el inhalador en la boca y, al inicio de una inspiración profunda y lenta, presionar el cartucho, continuando la inhalación hasta el máximo.
- PASO 4: Contener la respiración al menos 10 segundos.
- PASO 5: Esperar al menos 30 segundos para realizar otra inhalación.
USO DE CÁMARA
- PASO 1: Quitar el tapón, agitar el envase e insertarlo en la cámara.
- PASO 2: Presionar el cartucho una sola vez.
- PASO 3: Realizar una inspiración profunda y lenta.
- PASO 4: Contener la respiración al menos 10 segundos.
- PASO 5: Esperar al menos 30 segundos para realizar otra inhalación.
USO DE TURBUHALER®
- PASO 1: Desenroscar la tapa, mantenerlo hacia arriba, a la vez que se gira la rosca de color hacia un sentido y otro, hasta oír un clic.
- PASO 2: Espirar fuera, colocar la boquilla en los labios e inspirar lenta y profundamente.
- PASO 3: Quitar el Turbuhaler de la boca y contener la inspiración al menos 10 segundos.

Resultados

De los 76 pacientes estudiados, el 26% eran hombres y el 74% mujeres. La media de edad fue de 37,5 años (DT 20,1; Límites 8-75 años; IC 95%: 32<,9-42,1) y el tiempo medio de uso de inhaladores fue de 5,9 años (DT 5,4; Moda 2; Límites 2 meses-25 años; IC 95% de la media: 4,5-7,2).

En cuanto al tipo de sistema inhalador, el 69,7% usaban MID, el 53,9% dispositivos turbuhaler® y el 34,2% cámara espaciadora. Sólo el 5,3% usaban sistema accuhaler®, por lo que este no fue valorado. Por otro lado, el 66% utilizaban dos de estos sistemas de manera simultánea y el 8% tres.

El 95% de los pacientes habían recibido explicaciones previas al uso de los distintos dispositivos; sin embargo, tan sólo el 51% sabía cuándo estaba acabado su inhalador. Por otro lado, el 80,5% reconoce saber para qué sirve la medicación y el 77% mantiene la diferencia horaria prescrita por su médico.

Los resultados obtenidos para cada uno de los sistemas analizados antes y después de la intervención educativa se describen en la tabla 2. El porcentaje de pacientes que hicieron un uso correcto de los sistemas inhaladores au-

mentó de manera significativa e independientemente del sistema utilizado después de la intervención educativa. Así, se puede observar que del 75,5% de los pacientes que usaban mal el dispositivo MID, se pasó al 16,9%, tras la intervención educativa ($p < 0,001$). Igualmente, los fallos cometidos con cada sistema inhalador y los cambios producidos después de la intervención se resumen en la tabla 3. Destaca la mejora conseguida en la contención de la respiración en al menos 10 segundos en los tres dispositivos, aunque con la Cámara espaciadora no se obtienen diferencias significativas, probablemente a causa de potencia estadística suficiente.

TABLA 2. Uso adecuado de los dispositivos antes y después de la intervención educativa

Dispositivo	Uso correcto		
	Antes de la intervención	Después de la intervención	p
MID	13 (24,5)	43 (83,1)	< 0,001
CÁMARA	12 (46,1)	19 (73,1)	< 0,05
TURBUHALER®	15 (37,5)	30 (75,0)	< 0,001

Entre paréntesis, datos expresados en %

TABLA 3. Porcentaje de pacientes que realiza correctamente cada uno de los pasos en la inhalación antes y después de la EpS.

MID

	ANTES	DESPUÉS	P
PASO 1	86,8	98,1	0,05
PASO 2	52,8	90,6	0,001
PASO 3	69,8	88,7	0,01
PASO 4	50,9	90,6	0,001
PASO 5	69,8	92,5	0,01

CÁMARA

	ANTES	DESPUÉS	P
PASO 1	92,3	92,3	NS
PASO 2	84,6	96,2	NS
PASO 3	80,8	88,5	NS
PASO 4	53,9	73,1	NS
PASO 5	69,2	92,3	NS

TURBUHALER®

	ANTES	DESPUÉS	P
PASO 1	92,5	100	NS
PASO 2	60,0	87,5	0,01
PASO 3	52,5	87,5	0,001

(NS) no significativa.

Por edad, encontramos un mayor incremento de pacientes menores de 35 años que pasan a usar correctamente el MID tras la intervención con respecto a los mayores de 35 años ($p < 0,001$). En cambio, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en dicho incremento al analizar otras variables como el sexo o el tiempo que lleva el paciente en tratamiento.

Discusión

En nuestro trabajo, entre el 53,9% y el 76,5% de los pacientes estudiados, dependiendo del dispositivo, cometían algún error en la utilización del inhalador, cifra equiparable a la obtenida en otros estudios¹⁸. La gran mayoría de los pacientes reconocía haber recibido explicaciones para el uso correcto de los distintos sistemas inhaladores, así como conocer la finalidad de cada una de las medicaciones recibidas, datos similares a los recogidos en otros estudios¹⁴⁻¹⁷. Sin embargo, llama la atención el alto porcentaje de errores en el uso y conocimiento de los sistemas; por ese motivo coincidimos con otros autores^{18,24}, en considerar como necesaria dentro del programa educativo la revisión periódica de las técnicas de inhalación al menos una vez al año.

Observamos que el error más frecuentemente cometido en los 3 sistemas no es achacable, como podría esperarse, a la complejidad de la técnica en lo que a coordinación se refiere, sino que éste se produce una vez realizada la inhalación, con lo que disminuye la efectividad del fármaco. Entendemos que sería subsanable si además de explicar la técnica, razonásemos el porqué de cada uno de los pasos, y así lo demuestran los resultados obtenidos con los distintos dispositivos antes y después de la intervención educativa.

Cabe destacar que la mayor respuesta se logra con los pacientes más jóvenes. En nuestro estudio, como en el de Hueto et al.¹⁸ los pacientes de menor edad son los que más se benefician de las correcciones hechas por su médico, sobre todo con la técnica utilizada en el MID, que es el sistema que más coordinación de movimientos requiere. Las personas de más edad, sin embargo, son las que incurren con más frecuencia en los mismos errores a pesar de la intervención. Este dato ha de tenerse presente a la hora de adiestrar a los pacientes en el manejo de los inhaladores ya que habrá que hacer más hincapié en las personas de mayor edad, donde sería necesario buscar estrategias que se adapten mejor a su capacidad de aprendizaje para obtener mejores resultados.

Debemos señalar que el presente estudio tiene algunas limitaciones. Aunque la interpretación de los resultados se ve condicionada por haber utilizado un diseño cuasi-experimental, en donde no existe un grupo control aleatorizado

con el que poder comparar el efecto de nuestra intervención, los hallazgos son consistentes con los obtenidos en otros trabajos^{12,13,18,25}. Otra de ellas podría ser que no hemos contado con una medida objetiva cuantitativa para valorar el resultado final, como sería una espirometría. Sin embargo, este no era el objetivo último de nuestro estudio dado que hay trabajos previos suficientes que demuestran que los programas educativos dirigidos a pacientes asmáticos, producen una mejora de los parámetros espirométricos, así como de la calidad de vida del sujeto, con una disminución de la frecuencia de los ataques de asma, de hospitalizaciones, del absentismo laboral y de los costes^{6,12,21}. Pensamos que la medición de un resultado intermedio, como es la mejora de los conocimientos y habilidades de los asmáticos en la utilización de los aparatos inhaladores, resulta más que suficiente para comprobar el efecto beneficioso, en términos de estado de salud, de la acción educativa realizada en nuestro contexto, es decir, en las consultas de atención primaria del ámbito geográfico y socio-cultural en el que desempeñamos nuestro trabajo, aspecto primordial a tener en cuenta para poder corroborar los resultados obtenidos en estudios anteriores. Por otro lado, y dado el corto periodo de tiempo entre nuestra intervención y la observación del correcto uso de los inhaladores, la utilización de una espirometría como medida de mejora post-intervención, podría haber estado sujeta a otras variables poco controlables (mejoría o empeoramiento espontáneo, interferencias con factores desencadenantes de empeoramiento del cuadro asmático...) y diferentes a los efectos de nuestra propia intervención. Así mismo, entendemos que el corto periodo de tiempo transcurrido entre las dos evaluaciones pudiera conducir a una sobrevaloración de los resultados obtenidos; por eso pensamos que a pesar de los buenos resultados en esta primera intervención, sería necesario insistir y evaluar periódicamente el buen uso de las técnicas mencionadas.

Otra posible limitación es que las listas de comprobación de las técnicas de inhalación para evaluar en los pacientes la maniobra de inhalación, no han sido previamente validadas, como sería lo deseable. Hasta hace poco la principal dificultad para la validación de estas listas de comprobación era la inexistencia de una prueba de referencia que resultase asequible. Sin embargo, recientemente han salido al mercado dispositivos electrónicos dotados de una gran exactitud²⁶, por lo que cabe esperar que estos procedimientos de validación se generalizarán en un corto periodo de tiempo.

En resumen, con nuestro estudio se confirma el alto porcentaje de pacientes asmáticos que realizan de forma

incorrecta el tratamiento con sistemas inhaladores en nuestro medio, y se sugiere que la realización de un programa educativo de adiestramiento puede resultar efectivo pues reduce de manera significativa los errores en su utilización.

Bibliografía

- Lorenzo J. Epidemiological and clinical aspects of asthma. *Eur Respir Rev* 1996; 38: 218-23.
- Martín PJ. El papel del médico de familia en el control del asma. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 59-67.
- Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos de cinco áreas españolas *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 761-7.
- Díaz C, Riaño I, Cobo A, Orejas G, Sandoval L, Florido I. Reducción de ingresos por asma. Programa de mejora de la calidad de la atención a la crisis asmática en un hospital de área. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 456-60.
- Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. *Med Clín (Barc)* 1995; 104: 487-92.
- Barnes PJ, Johnson B, Klim JB. The costs of asthma. *Eur Respir J* 1996; 9: 636-42.
- National Heart, Lung and Blood Institute. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-41.
- National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report II: Guidelines for the Diagnosis and Management. National Institutes of Health Pub n° 97-4051 a. Bethesda, MD 1997.
- Ballester F, Pérez-Hoyos S, Rivera ML, Merelles T, Tenias JM, Soriano JB, et al. Patrones de frecuentación y factores asociados al ingreso en el hospital de las urgencias hospitalarias por asma y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 20-6.
- Cimas JE, Arce MC, González ME, López Viña A. Estudio de factores relacionados con la morbilidad del asma. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 389-94.
- Plan de formación continuada en asma. Principios básicos de la terapéutica antiasmática. Centro para el estudio de la enfermedad asmática (CESEA), Madrid: G-Enar S.A. ed, 1994.
- Losada E, Mateo MB. Estrategias en el diagnóstico y tratamiento del asma. Grupo Aula Médica. Madrid, 1994.
- Newhouse MT, Dolovich MB. Control of asthma by aerosols. *N Engl J Med* 1986; 315: 870-4.
- Entrenas LM, Cosano J, León F, Adame ML, Cosano A. Medicación de control en el asma: dispositivos, técnicas de inhalación y cumplimiento. *Neumosur* 1996; 8:138-45.
- Agustí AGN, Ussetti P, Roca J, Montserrat JM, Rodríguez R, Agustí-Vidal A. Asma bronquial y broncodilatadores en aerosol: empleo incorrecto en nuestro medio. *Med Clin (Barc)* 1980; 81:893-94.
- Benito L, Pérez FC, Nieto MP, Sainz ML, Crespo P, Aldecoa C. Estudio sobre el empleo de brocodilatadores inhalados por los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 497-501.
- Cimas JE, Arce MC, González ME, López Viña A. Atención especializada y atención primaria en el tratamiento del asma: ¿existen diferencias? *Aten Primaria* 1997; 19: 477-81.
- Huetto J, Borderías VM, Eguía JE, González-Moya JE, Colomo A, Vidal MJ, et al. Evaluación del uso de los inhaladores. Importancia de una correcta instrucción. *Arch de Bronconeumol* 1990;26:235-38.
- Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self-management plans following treatment optimization. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 1509-14.
- Yoon R, McKenzie DK, Bauman A, Miles DA. Controlled trial evaluation of an asthma education programme for adults. *Thorax* 1993; 48: 1110-6.
- Calvo C, Albañil R, Sánchez M. Educación grupal para niños asmáticos: Nuestra experiencia. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 353-58.
- Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, Walters EH. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- Naveran KX y Grupo de Trabajo de Asma de la semFYC. Manejo del asma en atención primaria. *Aten. Primaria* 1998; 21: 557- 84.
- Muhlhauser I, Richter B, Kraut D, Weske G, Worth H, Berger M. Evaluation of a structured treatment and teaching programme on asthma. *J Intern Med* 1991; 230: 157-64.
- Cimas JE, González I, del Castillo F. Validación de listas de comprobación de la técnica de inahalación para cartucho presurizado y Turbuhaler®. *Arch de Bronconeumol* 1999;35: 15-9.

ORIGINAL

Indicación de tratamiento farmacológico en la dislipemia diabética

Gómez García MC¹, Avila Lachica L², Ramos Gallego G¹, González Roa G¹, Sarmiento Jiménez F¹.

¹C.S. Vélez Sur. Vélez Málaga (Málaga); ² C.S. Benamargosa. Benamargosa (Málaga).

Objetivo: Valorar la indicación de tratamiento farmacológico hipolipemiante en el diabético tipo 2 dislipémico, atendiendo a los nuevos criterios de consenso de la Sociedad Española de Diabetes.

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: Centro de Salud de ámbito rural.

Población: 194 historias del censo de diabéticos tipo 2, mediante muestreo aleatorio simple.

Intervenciones: Se hicieron 2 grupos: prevención primaria (diabéticos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular), objetivo LDL-colesterol < 135 mg/dl; y prevención secundaria (diabéticos con evento cardiovascular) objetivo LDL-colesterol < 100 mg/dl. El estudio estadístico se realizó con el programa EPISTAT versión 6.0.

Resultados: El 82.85 % eran diabéticos y dislipémicos. La edad media fue de 67.60 ± 11.78 años. El 67.90 % fueron mujeres. En el grupo de prevención primaria (82.25 %), sólo el 21 % presentaban LDL-colesterol < 135 mg/dl, de los cuales estaban con estatinas el 7.01 %. En aquellos con LDL-colesterol > 135 mg/dl, estaban con estatinas el 22.80 %. En el grupo de prevención secundaria (17.75 %), ningún sujeto tenía LDL-colesterol < 100 mg/dl. En aquellos con LDL-colesterol > 100 mg/dl, el 29.82 % recibían tratamiento con estatinas.

Conclusiones: La indicación de tratamiento farmacológico en el diabético tipo 2 dislipémico, es escasa en nuestro medio, sobre todo en el grupo de prevención secundaria.

Palabras clave: diabetes, dyslipidaemia (dislipemia), treatment (tratamiento).

INDICATIONS FOR DRUG THERAPY IN DIABETIC PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA

Objective: To assess indications for employing lipid-lowering drug therapy in Type II diabetics with dyslipidemia, according to the new criteria for consensus established by the Spanish Diabetes Society.

Design: Cross sectional descriptive.

Setting: Rural health center.

Population: 194 histories from the Type II Diabetes census, selected by simple random sample.

Interventions: Two groups were established: primary prevention (diabetics with no prior history of cardiovascular disease), goal LDL-cholesterol level <135 mg/dl; and secondary prevention (diabetics with cardiac events), goal LDL-cholesterol level <100 mg/dl. The statistical study was done using the EPISTAT program (version 6.0).

Results: 82.85% were diabetics with dyslipidemia.. The average age was 67.60 years ± 11.78. 67.90% were women. In the primary prevention group (82.25%), only 21% showed LDL-cholesterol levels <135 mg/dl, and 7.01% of them were being treated with statins. Among those whose LDL-cholesterol level >135 mg/dl, 22.80% were being treated with statins. In the secondary prevention group (17.75%), none of the subjects had LDL-cholesterol levels <100 mg/dl. Among those whose LDL-cholesterol >100 mg/dl, 29.82% were being treated with statins.

Conclusions: Indications for drug therapy in Type II diabetic patients are scarce in our setting, especially in the secondary prevention group.

Key Words: Diabetes, dyslipidemia, treatment.

Correspondencia: MC Gómez García. Centro de Salud Vélez Sur. c/ Fernando Vivar s/n - 29700 Vélez Málaga (Málaga).
Tfno: 952 502008 - E-mail: carmengg@nacom.es

Recibido el 25-02-2000; aceptado para su publicación el 12-06-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 137-140.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo occidental (3-6% de la población general y hasta un 20-30% en mayores de 65 años), y su incidencia sigue en aumento debido al envejecimiento de la población y al aumento de los factores de riesgo relacionados (obesidad, sedentarismo, alimentación inadecuada) ¹⁻².

La importancia de la diabetes como problema de salud viene determinada por el desarrollo y progresión de sus complicaciones crónicas. Supone una importante afectación en la calidad de vida del diabético y es la cuarta-sexta causa de mortalidad en países desarrollados ³. Todo esto conlleva un considerable aumento de los costes sanitarios. Es el cuarto problema de salud al que se le dedican mayores recursos económicos, siendo el gasto originado por las complicaciones crónicas tres veces mayor que el de su control y seguimiento ⁴.

Sin embargo hemos de recordar todas aquellas patologías concomitantes que acompañan a la diabetes y que constituyen factores de riesgo añadidos para la enfermedad cardiovascular. El 80% de los diabéticos tipo 2 son obesos, el 40% tienen hipertensión arterial y la prevalencia de dislipemia es al menos el doble que en la población general ⁵. En los últimos años, y sobre todo desde la publicación del estudio United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), es manifiesto que el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos tipo 2, disminuye notablemente la morbi-mortalidad en este grupo de sujetos ⁶. Concretamente, en el estudio 4S se ha demostrado los beneficios que comporta la disminución del colesterol en este tipo de pacientes. Por ello, el objetivo terapéutico que se persigue en cualquier paciente diabético tipo 2 es conseguir, además de la normogluceemia, niveles controlados de LDL-colesterol, sobre todo en pacientes considerados de alto riesgo ⁷.

Sin embargo, hay que señalar la discrepancia en la comunidad científica en cuanto a las recomendaciones concretas para la prevención primaria, variando las recomendaciones en concreto según los grupos considerados.

Con respecto al grupo de diabéticos dislipémicos, en un reciente consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis y la Sociedad Española de Diabetes ⁸, los niveles de LDL-colesterol para la intervención farmacológica son los siguientes:

- En ausencia de enfermedad cardiovascular y de otros factores de riesgo: LDL-colesterol > 160 mg/dl.
- En ausencia de enfermedad cardiovascular pero con al menos un factor de riesgo asociado: LDL-colesterol > 135 mg/dl.
- En presencia de enfermedad cardiovascular: LDL-colesterol > 100 mg/dl.

Nosotros nos planteamos valorar en nuestro medio, la indicación de tratamiento farmacológico con estatinas en el

diabético tipo 2 con cifras elevadas de LDL-colesterol, atendiendo a los nuevos criterios de consenso de la Sociedad Española de Diabetes ⁸.

Sujetos y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en nuestro centro de salud de carácter rural y con un nivel socioeconómico medio-bajo. De una población total de 34.036 habitantes, existe un censo de diabéticos tipo 2 de 1548. De estos, se seleccionaron 234 historias mediante muestreo aleatorio simple según cálculo del tamaño muestral para el caso más desfavorable $p=q=0.5$, con una precisión del 0.05 y una confianza del 95 %.

Se estudiaron las variables de edad, género, antecedentes de evento cardiovascular (cardiopatía isquémica y/o accidente cerebrovascular), nivel de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos (mg/dl) y si recibían o no tratamiento farmacológico hipolipemiente en el momento del estudio.

La fuente de datos que se utilizó fueron las historias clínicas existentes en soporte informático TASS.

Los valores de lípidos se tomaron en cuenta si al menos existían dos determinaciones en los últimos 6 meses, calculándose entonces la media. Si en la historia aparecía solo un determinación se consideró como no valorable, teniendo en cuenta las recomendaciones al respecto debido a la fuerte variabilidad de esta determinación.

Se hicieron 2 grupos: el grupo de prevención primaria (diabéticos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular) y el de prevención secundaria (diabéticos con evento cardiovascular previo). En ambos grupos se cuantificó cuantos sujetos cumplían el objetivo del consenso para la LDL-colesterol, que para el grupo de prevención primaria es LDL-colesterol < 135 mg/dl y para el grupo de prevención secundaria es LDL-colesterol < 100 mg/dl.

Del mismo modo se estudió, en cada grupo, cuantos sujetos cumplían la indicación de intervención farmacológica con estatinas.

El estudio estadístico se realizó con el programa EPISTAT versión 6.0. El análisis fue descriptivo.

Resultados

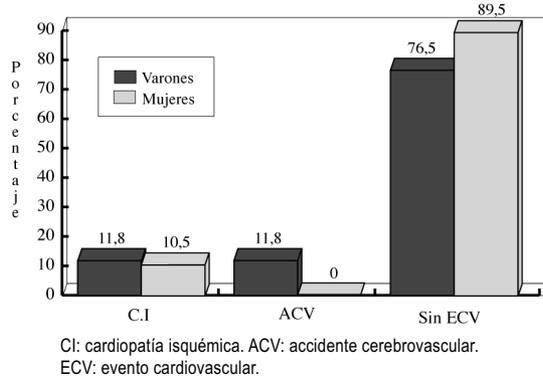
El 82.85 % eran además de diabéticos, dislipémicos. La edad media fue de 67.60 ± 11.78 años y el 67.90 % fueron mujeres. Las características de la población estudiada se reflejan en la figura 1.

Del total del grupo de diabéticos no tenían antecedente de evento cardiovascular el 82.25 % (grupo de prevención primaria). Del grupo de prevención secundaria, el 13.5 % de los varones habían padecido cardiopatía isquémica frente al 10.5 % de mujeres y el 11.5 % de los varones habían presentado antecedente de accidente cerebrovascular frente al 0 % de las mujeres (figura 2).

FIGURA 1. Características de la población diabética de nuestro estudio.

	VARONES	MUJERES
EDAD (AÑOS)	66,29± 13,07	68,31 ± 10,87
COLESTEROL TOTAL	202,5 ± 28,69 mg/dl	242,92 ± 48,45 mg/dl
HDL COLESTEROL	37,75 ± 6,67 mg/dl	44,83 ± 12,28 mg/dl
LDL COLESTEROL	129 ± 28,11 mg/dl	183,12 ± 27,86 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	206,9 ± 146 mg/dl	174,52 ± 79,27 mg/dl

FIGURA 2. Porcentaje de eventos cardiovasculares en la población estudiada.



El valor medio de LDL-colesterol fue de 167.46 ± 37.32 mg/dl, siendo más alto en las mujeres (183.12 ± 27.86 mg/dl) que en los varones (129 ± 28.11 mg/dl). El valor medio de LDL-colesterol fue más alto en pacientes con evento cardiovascular previo (172.6 ± 46.29 mg/dl) que en aquellos que no habían presentado este antecedente (166.35 ± 35.69 mg/dl).

En el grupo de prevención primaria, sólo el 21 % se adecuaban al objetivo del consenso de LDL-colesterol < 135 mg/dl (figura 3). De estos, estaban en tratamiento con estatinas el 7.01 % (figura 4). El grupo con LDL-colesterol > 135 mg/dl, supuso un 79 % (figura 3), de los cuales el 22.80 % estaban con tratamiento hipolipemiante (figura 4).

FIGURA 3. Cumplimiento de objetivos en prevención primaria.

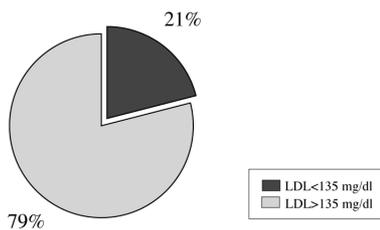
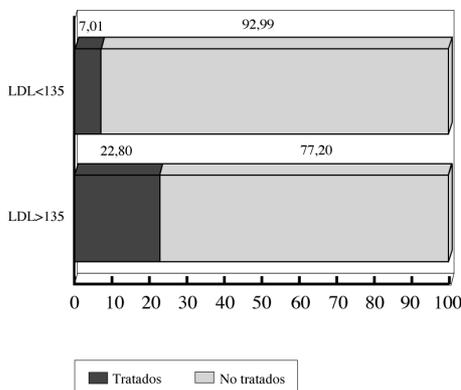
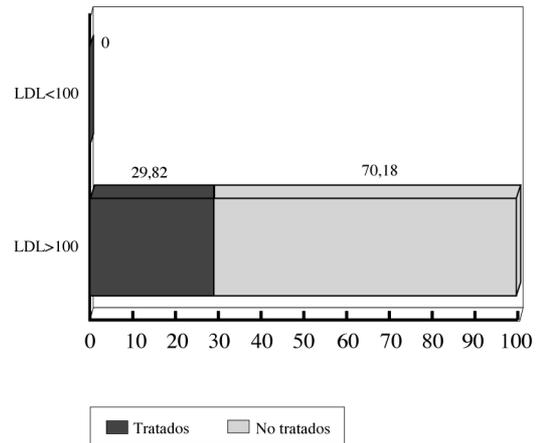


FIGURA 4. Porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico en prevención primaria según objetivos de control.



En el grupo de prevención secundaria, ningún sujeto tenía LDL-colesterol < 100 mg/dl. En aquellos con LDL-colesterol > 100 mg/dl, el 29.82 % recibían tratamiento (figura 5).

FIGURA 5. Porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico en prevención secundaria según objetivos de control.



Discusión

Aunque la hiperglucemia sea la principal anomalía metabólica en el diabético tipo 2, es preciso subrayar la importancia que revisten otros factores de riesgo cardiovascular que se potencian entre sí⁹.

Entre los no modificables, la edad media en nuestro estudio fue de 67.60 ± 11.78 años, bastante superior a la encontrada en el estudio UKPDS que fue de 53 años. Además el 32.10 % fueron varones, (en el UKPDS fueron el 59%) y al contrario que nosotros, el porcentaje de varones en trabajos similares consultados, es discretamente superior al de mujeres¹⁰⁻¹¹, lo que podría explicarse por las características socio-culturales de la población asistida.

La dislipemia se detecta en el 48-54 % de los diabéticos tipo 2¹², aunque el porcentaje obtenido en nuestro estudio es bastante superior (82.85 %), a diferencia de lo encontrado por Romano (18 %), Rollán (44 %), Fontinet (48.8 %) o Ventura (51 %)¹³⁻¹⁶.

Para el estudio, solo tomamos en cuenta la determinación de LDL-colesterol, al considerar a esta la cifra determinante para indicación de tratamiento hipolipemiante con estatinas. No consideramos los valores de triglicéridos por el desacuerdo en la literatura de que este sea realmente un factor importante en el desarrollo de evento cardiovascular. No consideramos otras variables con importancia en el grado de control de la diabetes como IMC, tratamientos concomitantes, otros factores de riesgo vascular ni criterios de control de la diabetes, que consideramos posteriormente en el análisis de resultados sesgan excesivamente nuestro análisis en los valores de LDL-colesterol, despreciando otros factores que pueden influir en dichos resultados.

El valor medio de LDL-colesterol fue de 167.46 ± 37.32 mg/dl, por lo que atendiendo a los criterios de consenso sería casi indicación de tratamiento farmacológico de inicio, además por supuesto de las medidas higiénico-dietéticas correctoras.

Del total del grupo de diabéticos sin antecedente de evento cardiovascular, el valor medio de LDL-colesterol fue tam-

bién elevado. Sólo el 21 % se adecuaban al objetivo del consenso de LDL-colesterol < 135 mg/dl, y sin embargo estaban en tratamiento con estatinas el 7.01 %. El grupo con LDL-colesterol > 135 mg/dl, supuso un 79 %, de los cuales sólo el 22.80 % recibían tratamiento. Resultados similares son los que se reflejan en un grupo de trabajo de Vitoria ¹⁷.

La incidencia de cardiopatía isquémica en nuestro medio fue similar al grupo de Rollán (11.8 %), e inferior para los accidentes cerebrovasculares (6.9 %). El grupo de pacientes con evento cardiovascular previo, fue también bastante superior en el grupo de Fontinet (14-15).

En el grupo de prevención secundaria, el valor de LDL-colesterol fue sorprendentemente más alto que para el de primaria, y a pesar de que en este grupo está claramente demostrado el beneficio del tratamiento decidido y agresivo de la dislipemia, ningún sujeto cumplía el objetivo de LDL-colesterol < 100 mg/dl, y en aquellos con LDL-colesterol > 100 mg/dl, sólo el 29.82 % recibían tratamiento. Del mismo modo, el grupo de trabajo de Vitoria, obtiene cifras similares ¹⁷ y algo parecido ocurre en el grupo de Romano ¹³. Desafortunadamente, estos resultados coinciden con muchos de los trabajos expuestos en el XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, celebrado recientemente en Tenerife, en los cuales se ha observado un elevado porcentaje de dislipémicos en los diabéticos, y entre estos hasta un 89 % sin tratamiento hipolipemiante o tratamientos con estatinas pero sin consecución de los objetivos recomendados ^{13,18-20}.

Hemos de considerar que si queremos reducir la elevada morbimortalidad de estos pacientes, debemos ser más agresivos en el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Actualmente disponemos de una serie de posibilidades terapéuticas que incluyen un plan de alimentación ajustado y seguido en el tiempo, ejercicio regular, cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico.

Sólo desde Atención Primaria y con un enfoque integral del paciente diabético, conseguiremos una intervención eficiente en el control de la enfermedad cardiovascular y la diabetes. Este enfoque globalizador es tarea indiscutible del médico de familia.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos concluir que la indicación de tratamiento farmacológico en el diabético tipo 2 dislipémico, es escasa en nuestro medio, sobre todo en el grupo de prevención secundaria.

Bibliografía

1. Valle T, Tuomilehto, Eriksson J. Epidemiology of NIDDM in Europeans. En: International textbook of diabetes mellitus. 2ª ed. Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA. Eds. Chichester, John Wiley et sons, 1997:125-142.
2. World Health Organization Study Group. Prevention of diabetes mellitus. Technical report 844, WHO Geneva, 1995.
3. Cano JF. Diabetes mellitus. En: Atención Primaria. 3ª ed. Martín-Zurro A, Cano JF, ed Doyma, Madrid, 1994. p. 546-584.
4. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria. 3ª ed. Madrid: Harcourt, 1999.
5. Fernández I, Martín JL. La diabetes mellitus tipo 2, un cajón de sastre. En: Medicina Familiar y Comunitaria, Libro del Año 1998, ed Saned 1998: p. 53-77.
6. UK Prospective Diabetes Study group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ 1998; 317:703-713.
7. Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekhus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G, and the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) Group. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. Diabetes Care 1997; 20:614-620.
8. Sociedad Española de Arteriosclerosis y Sociedad Española de Diabetes: Dislipemia diabética: Documento de consenso de la sociedad Española de Arteriosclerosis y la sociedad Española de Diabetes. Clin Invest Arteriosclerosis 1998;10 supl 2:55-64.
9. American Diabetes Association: Consensus Statement; Role of cardiovascular risk factors in prevention and treatment of macrovascular disease in diabetes. Diabetes Care 1993;16 supl 2:72-78.
10. Angullo E, Prats A, Romano J, Ruiz E, Arcusa N, Salvador B. Cardiopatía isquémica y diabetes: una asociación poco equilibrada. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:226.
11. Sainz-Maza M, Sánchez S, Blanco JM, Magán P, Gutiérrez I, Fernández MA. Cardiopatía isquémica y factores de riesgo cardiovascular: hasta dónde llegamos en atención primaria. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:284.
12. American Diabetes Association: Detection and management of lipid disorders in Diabetes. Diabetes Care 1995;18 supl 1:86-93.
13. Romano J, Arana M, Cierco P, Muñoz A, Beltrán E, Quesada N. Diabetes: algo más que control glucémico. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:316.
14. Rollán MT, Espejo M. Complicaciones en diabéticos. ¿Diagnosticamos poco o se complican menos?. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:317.
15. Fontinet M, Navarrete P, Barro S, Vives A. Dislipemia en diabéticos: una asignatura pendiente. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:317.
16. Ventura M, Navarrete P, Barro S, Solsona L, Torredadella J. ¿Ofrecemos una atención adecuada a "todos" nuestros diabéticos tipo 2?. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:318.
17. Escalada J, Irigoyen L, Ezquerro R. Cumplimiento de las pautas de intervención terapéutica en la dislipemia diabética. 41 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Endocrinología y Nutrición 1999;46 supl 1:17.
18. Jiménez C, Barata T, Maturral J, Quintana E, Herrera S, Urra MA. ¿Controlamos adecuadamente a nuestra población según el riesgo cardiovascular?. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:284.
19. Rodríguez MF, García F, Nogales P, Zarco J, Abad E., Polo N. Grado de control de los factores de riesgo cardiovascular modificables en diabéticos tipo 2. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:285.
20. Navarrete P, Barro S, Ventura M, Berengué M, Solsona L, Rubio C. ¿Controlamos todos los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes?. XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria 1999;24 supl 2:287.

ORIGINAL

Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria

Varela Ruiz F J ¹.

¹Residente de tercer año de medicina familiar y comunitaria del área santiaria Virgen del Rocío de Sevilla.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hiperfrecuentadores y describir sus características familiares, así como si existe malestar psíquico.

Diseño: Estudio descriptivo de tipo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Participantes: Se define como Hiperfrecuentador aquel que realiza 7 o más visitas al año; considerando las consultas a demanda y las programadas registradas en las historias clínicas, excluyendo a los menores de 15 años y las consultas burocráticas.

Intervenciones: Se administran cuestionarios mediante entrevista personal que incluyen: variables universales, estructura y ciclo vital familiar, función familiar mediante test de APGAR familiar y para el malestar psíquico usamos el General Health Questionnaire (GHQ) en su versión reducida de 28 ítems.

Resultados: De 956 registros, encontramos un 5.3% (N=51) de hiperfrecuentadores con 7 pérdidas. Al analizar los datos no hemos encontrado diferencias significativas. El 74% eran mujeres de una edad media de 59.6 años (DE=18.7), con una media de visitas de 9.6 (DE=2.6). encontramos disfunción familiar en el 64.8% de los casos y en el 46% existe malestar psíquico. Bajo nivel de instrucción, donde sólo el 42.2% posee estudios primarios. El 51% corresponden a familias nucleares.

Conclusiones: Pensamos que ante pacientes que consultan reiteradamente por síntomas inespecíficos se debería estudiar su función familiar y/o posible malestar psíquico.

Palabras Claves: Hiperfrecuentador. Disfunción familiar. Utilización de servicios.

FAMILY DYSFUNCTION AND FREQUENT USE OF PRIMARY CARE SERVICES

Objective: To determine the prevalence of frequent users of primary care services, describe their family characteristics and the existence of psychological problems.

Design: Descriptive, cross sectional study.

Setting: An urban health center.

Participants: A frequent user is defined as a person who visits the health center 7 or more times a year; unscheduled visits as well as scheduled appointments included in the clinical history were taken into account, excluding visits by persons under 15 years of age or those prompted by bureaucratic necessities.

Interventions: Questionnaires were administered through a personal interview and included: universal variables, structure and vital family cycle, and family function based on the APGAR family test. For mental problems we used the reduced, 28-item version of the General Health Questionnaire (GHQ).

Results: Of the 956 registers included, we found 5.3% were frequent users (N=51) with 7 losses. Analysis of the data did not reveal any significant differences. 74% were women whose average age was 59.6 years (DE=18.7), with an average of 9.6 visits (DE=2.6). We found family dysfunction existed in 64.8% of the cases and 46% had psychological problems. Low educational level, where only 42.2% had received an elementary education. 51% of the total corresponded to nuclear families.

Conclusions: When treating patients who frequently visit the doctor for non-specific symptoms, we think that family function should be studied, as well as the possible existence of psychological problems.

Key Words: frequent users, family dysfunction, use of services.

Correspondencia: Francisco José Varela Ruiz.
C.S. Candelaria. Avda. San Juan de la Cruz, s/n Sevilla.
Tfno: 954 634461

Recibido el 15-06-2000; aceptado para su publicación el 12-06-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 141-144.

Introducción

Es importante conocer la utilización de los servicios sanitarios para su planificación y evaluación^{1,2,3}, por ello varios autores han estudiado distintos factores y variables que influyen en el mal uso de los servicios sanitarios^{3,4,5}. Dichos factores se pueden resumir en cuatro grandes bloques: individuales, médicos, familiares y dependientes de la organización de servicios sanitarios⁴.

Cuando se intenta evaluar la utilización de los servicios sanitarios, dentro de los factores individuales, la situación de necesidad, desempeña un papel principal, entendiéndose como la percepción de malestar o de enfermedad que mueve al paciente a consultar, a veces de forma reiterada. Por otra parte, diversas características sociodemográficas del paciente (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción) actúan como moduladores de dicha necesidad¹⁶.

Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar^{5,8}, definiéndose como familia disfuncional aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno^{6,7}. Otros autores, han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar⁹. El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial¹⁰. A veces la falta de reconocimiento se puede atribuir a las características y formación del médico de Atención Primaria, basada en conceptos biomédicos tradicionales; otras, se pueden atribuir a la actitud del paciente que no considera adecuado consultar con su médico este tipo de problemas⁶. Asimismo otro tipo de problema añadido, sería la falta de indicadores, que permitan relacionar la consulta con los problemas psicosociales^{9,10}. Por último, no debemos olvidar los factores relacionados con la propia organización de los servicios sanitarios, entre ellos con la accesibilidad, que facilitarían o impedirían el uso de los mismos.

Por estos motivos, planteamos un estudio cuyos objetivos sean determinar la prevalencia de hiperfrecuentadores de un centro de salud y describir sus características familiares así como si existe malestar psíquico en dichos hiperconsultores.

Material y Método

Mediante un diseño observacional descriptivo de tipo transversal, queremos estimar la prevalencia de los pacientes hiperfrecuentadores con una precisión del 2.5% y una confianza del 95% (1-a). La prevalencia esperada según otros estudios es del 5%. A partir de estos datos, se estima un tamaño muestral de 292 historias clínicas familiares que mediante muestreo aleatorio simple, completaremos hasta 400 historias para aumentar la precisión del estudio y controlar las posibles pérdidas.

La población de estudio será la atendida en el Centro de Salud Candelaria, que atiende aproximadamente a unas 22.000 personas. Se trata de un Centro urbano, ubicado en un barrio periférico de la ciudad.

Consideraremos como hiperfrecuentador aquellos individuos que consultaron un número de veces superior a 7 visitas al año (de las visitas realizadas a lo largo del año 1.997)^{3,4,5,18}.

Se tendrán en cuenta las visitas a demanda y las visitas programadas recogidas en las historias clínicas, excluyendo a los pacientes menores de 15 años, las consultas burocráticas, incluyendo las de recetas, las de enfermería, así como los pacientes que acudían a urgencias.

La recogida de datos del estudio se hará mediante entrevistas individuales por un médico entrenado y se analizarán las siguientes variables:

- Universales (edad, sexo, nivel de instrucción).
- Tamaño y estructura familiar.
- Ciclo vital familiar.
- Función familiar mediante el test de APGAR familiar (7, 20).
- Malestar psíquico mediante el test de Golberg reducido de 28 items¹¹.

Dentro de las variables universales, se incluirán:

- Edad (15-24 años, 25-39 años, 40-64 años, >65 años).
- Sexo.
- Nivel de instrucción (analfabeto, leer y escribir, estudios primarios, secundarios -BUP, FP-, estudios universitarios).

A todos los individuos considerados hiperfrecuentadores, se aplicarán los siguientes test de estudios:

- Para la estructura familiar, nos basaremos en la clasificación de Luis de la Revilla y L Fleitas¹².
- Para estudiar la relación entre el uso de servicios médicos y el ciclo vital familiar, atenderemos al modelo de ciclo vital familiar de la OMS modificado¹².
- Para estudiar la función familiar utilizaremos el cuestionario APGAR familiar, donde se considerarán las siguientes cifras: normofunción de 7 a 10 puntos, disfunción familiar moderada de 4 a 6 puntos y disfunción familiar severa de 0 a 3 puntos^{7,13,20}.
- Para conocer la existencia de problemas psicosociales, se utilizará el General Health Questionnaire (GHQ) DE Golberg¹⁹, validado en España por Lobo et al¹¹, que consta de 28 items con 4 subescalas referidas a síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión. Consideraremos como patológicos cuando el número de respuestas es ≥ 7 puntos.

Para la comparación de variables cuantitativas, hemos recurrido a la prueba t de Student y para la comparación de variables cualitativas la U de Mann Whitney.

Resultados

En nuestro estudio, del total de 956 registros, hemos encontrado un 5.3% (N=51) de pacientes hiperfrecuentadores, teniendo unas pérdidas de 7, de las cuales 3 no quisieron participar en el estudio y las restantes fueron por cambio de domicilio.

En ninguna de las variables estudiadas hemos encontrado diferencias significativas al analizarlas (ver tabla 5).

De los pacientes hiperfrecuentadores, el 74.5% eran mujeres de una edad media de 59.6 años (DE 18.7) (ver gráficos 1, 2); con una media de visitas de 9.6 (DE 2.6) y destaca que el 47.3% eran > 64 años (ver gráfico 2).

El nivel de instrucción encontrado era muy bajo, donde el 41.2% tenían estudios primarios y un 23.5% analfabetos, sin diferencias respecto al resto de la población atendida por nuestro centro de salud (ver tabla 4).

Por otra parte hemos encontrado disfunción familiar en el 64.8% de los casos, donde el 58.9% presentaban entre 4-6 puntos (disfunción familiar moderada) y el 5.9% entre 0-

3 puntos (disfunción familiar grave). Las mujeres obtenían una media de puntuación de 5.7 (DE 1.9), respecto a los hombres que obtenían 6.1 (DE 2.4) (ver tabla 5).

Mediante el test de Golberg, el 49% tenían entre 7-9 puntos, presentando las mujeres una puntuación media de 7.0 (DE 2.5) y los hombres 5.7 (DE 2.8) (ver tabla 5).

En el 51% de los casos eran familias nucleares y llama la atención que en el 27.4% tenían una estructura monoparental (ver tabla 2); encontrándose el 45.1% en la etapa V y VI del ciclo vital (podemos observar en la tabla 4 el porcentaje y la frecuencia encontrada del ciclo vital familiar en que se encontraban los pacientes estudiados).

TABLA 1. Características del hiperfrecuentador.

	EDAD (N=51)	APGAR (N=51)	GOLDBERG (N=51)	VISITAS (N=51)
MEDIA	58.9	5.8	6.7	9.6
DE	19.1	2.05	2.6	2.6

GRAFICO 1. Distribución por sexo.

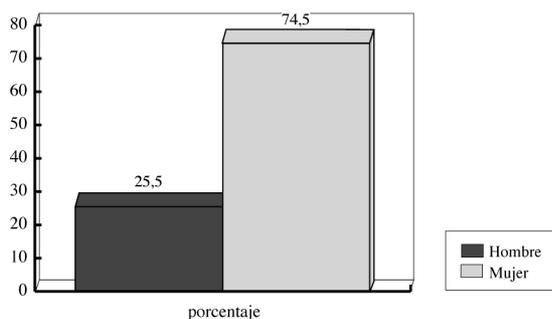


GRAFICO 2. Porcentaje por edad.

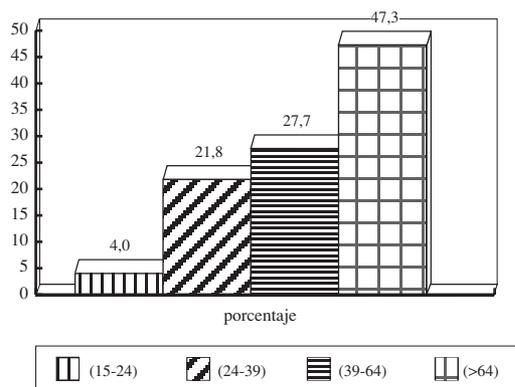


TABLA 2. Estructura familiar.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MONOPARENTAL	14	27.4
NUCLEAR	26	51.0
SIN FAMILIA	4	7.9

TABLA 3. Nivel de instrucción.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	12	23.5
LEER-ESCRIBIR	11	21.6
PRIMARIOS	21	41.2
SUPERIORES	0	0

TABLA 4. Ciclo vital familiar.

CICLO VITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	6	11.8
IIA	12	23.5
IIB	1	2
III	1	2
IV	1	2
V	9	17.6
VI	14	27.5

TABLA 5: Estudio por sexo de las principales variables.

	SEXO	MEDIA	D.E	SIGNF. ESTD.
EDAD	H (N=13)	56.6	20.7	n.s
	M (N=38)	59.6	18.7	n.s
GOLBERG	H (N=9)	5.7	2.8	n.s
	M (N=35)	7.0	2.5	n.s
VISITAS	H (N=13)	8.7	2.3	n.s
	M (N=38)	9.9	2.7	n.s
APGAR	H (N=9)	6.1	2.4	n.s
	M (N=35)	5.7	1.9	n.s

H = hombre. M = mujer. n.s = no significación estadística.

Discusión

Al analizar los factores que influyen en el uso de los servicios sanitarios, la "necesidad de salud" por parte del paciente desempeña un papel muy importante y una persona considerada hiperutilizadora no siempre significa que haga un uso inadecuado de la consulta. Por otra parte, son las características o el perfil del médico o la organización de los servicios sanitarios los factores que influyen en dicha hiperutilización.

El porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores que hemos encontrado, ha sido de un 5.3% similar a los registrados por otros autores³, si bien dependiendo del criterio utilizado a la hora de definir el paciente hiperfrecuentador, se encuentran distintos porcentajes en la literatura¹⁶.

En nuestro caso hemos encontrado un claro predominio de las mujeres, que concuerda con otros estudios que afirman que en general suelen consultar más que los hombres^{14,15}. Nosotros hemos detectado, que las mujeres además de consultar más, presentan puntuaciones menores en el test de APGAR, indicando mayor disfunción familiar y asimismo, mayores puntuaciones que los hombres en el GOLBERG por tanto mayor malestar psíquico; aunque en ningún caso hemos encontrado diferencias significativas¹⁶.

Al analizar la distribución por edad, vemos como el 47.3% son pacientes > 64 años, por lo que aparte de factores como la pluripatología, la polimedicación, las limitaciones físicas entre otros, debemos de estudiar su dinámica familiar y descartar malestar psíquico, al encontrarse habitualmente en las últimas etapas del ciclo vital (V y VI) ¹⁷.

Encontramos un bajo nivel de instrucción, lo que pudiera hacer pensar como destacan otros autores, que las personas con menor nivel socioeconómico, presenten peor salud y por tanto, más necesidad de asistencia sanitaria con el consiguiente aumento de las visitas médicas, por lo que podría ser un predictor de hiperutilización ^{16, 17}.

Respecto a la familia, coincidimos con la mayoría de autores en que son, la mayoría familias nucleares que se encuentran al final de extensión de su ciclo vital ^{3, 5}.

Los resultados obtenidos por nosotros, concuerdan con los publicados en trabajos previos respecto a que un gran número de problemas psicosociales, tienen su origen en la disfunción familiar y muchos hiperfrecuentadores lo son porque viven en desequilibrio patológico, por ello sería conveniente que el médico de familia evaluara la función familiar ante síntomas sugerentes (trastornos de conducta, somatizaciones, signos y síntomas mal definidos en general) ^{6, 10}. Hay trabajos que encuentran mayor disfunción familiar en los hiperfrecuentadores ⁸.

Por otra parte, existen estudios que asocian la presencia de malestar psíquico con la hiperfrecuentación y que este hecho se podría explicar a la falta de indicadores o a no dar una adecuada respuesta asistencial al problema ^{9, 10, 16}. Hay estudios que han comprobado, que los pacientes cuyos problemas psiquiátricos son abordados, reducen la utilización ^{10, 16}, de ahí la importancia de su detección y abordaje.

Respecto a las limitaciones del trabajo, apuntar que se trata de un estudio descriptivo, con lo cual no hemos comparado dichas variables con un grupo control. Por otra parte habría que tener en cuenta otro tipo de variables que pudieran influir en el uso de servicios sanitarios como sería la presencia de patología crónica asociada, variables relacionadas con el médico y otras relacionadas con la accesibilidad al centro.

En conclusión, pensamos que hay que tener en cuenta e intentar detectar una posible disfunción familiar y/o malestar psíquico subyacente ante pacientes que reiteradamente nos consultan por síntomas banales.

Para finalizar, es difícil de predecir las variables que influyen en la utilización de servicios sanitarios, pero pensamos que la percepción de la salud juega un papel crucial ^{12, 16}, así como variables relacionadas con la conducta del profesional sanitario y con la accesibilidad ¹⁸ ya comentada.

Sería importante un abordaje familiar en el campo de la atención primaria y ver la relación entre disfunción familiar y mala utilización de servicios sanitarios ³, así como una aproximación al paciente bajo un enfoque biopsicosocial ¹⁰.

Bibliografía

- Gervas JJ, Pérez MM, García P, Abraira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Aten Primaria* 1990; 7: 346-348.
- Berenguer J, Manzanera R, Picas JM, Comas O. Consumos sanitarios de cobertura pública en la población de una mutua de afiliación obligatoria (PANEM). *Gac Sanit* 1998; 2: 77-87.
- Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 92-94.
- García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baraño P, Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población norma e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 18: 484-489.
- Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baraño P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 20-26.
- De la Revilla L. La disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992; 10: 7-8.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-296.
- De la Revilla L, de los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.
- De la Revilla L, Aybar R, de los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 133-137.
- Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en Atención Primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993; 11: 459-460.
- Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ) in Spain population. *Psychol Med* 1986; 16: 135-140.
- De la Revilla L, Fleitas L. La familia como subsistema social regulador. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria nº 7. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1991: 21-27.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Landelli P. Influencias de edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en Atención Primaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 343-353.
- Gómez D, Hernández F, Gómez B. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. *Formación Médica Continuada* 1996; 3: 229-242.
- Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 562-569.
- Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996; 13: 382-385.
- Rubio Montañés ML, Adlid Vilar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellà P, Fernández Punset D, Ráfols Crestani A, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.
- Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.
- Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García Gozález JM. Cuestionario APGAR en el estudio de la función familiar. *Aten Primaria* 1996; 17: 338-341.

ORIGINAL

El anciano deprimido y su vivencia familiarGarcía Lozano L¹, Mérida Quiñónez F J², Mesa Ramos R G³.¹Médico de Familia. C.S. de Carranque (Málaga); ²Médico de Familia. C.S. de Campanillas (Málaga);³C.S. de Carranque (Málaga).

Objetivos: Conocer las variables de Apgar Familiar que se correlacionan con una mayor probabilidad de padecer depresión y pensamientos repetidos de muerte en el anciano.

Diseño: Descriptivo transversal multicéntrico

Emplazamiento: Consulta a demanda de Atención Primaria.

Población y muestra: 100 sujetos, 41 de origen rural y 59 de origen urbano, mayores de 65 años capacitados para la interpretación de la Escala de Depresión Geriátrica (versión abreviada) de Yesavage y que no superan el grado II de la Escala de Discapacidad Psíquica de la Cruz Roja.

Mediciones: Se analiza la asociación de la puntuación obtenida con la GDS y la presencia de pensamientos repetidos de muerte con las variables del Apgar Familiar II mediante un análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: La puntuación de la GDS se correlaciona con 3 variables del Apgar Familiar: Aceptación familiar de las iniciativas del anciano, la presencia de manifestaciones de afecto de que se siente objeto, y su satisfacción con el tiempo que comparte con el resto de su familia. La presencia de pensamientos repetidos de muerte se correlacionó únicamente, y de forma inversa, con la presencia de manifestaciones de afecto.

Conclusiones: Las 3 variables del Apgar Familiar pueden confirmar de forma rápida la implicación de la dinámica familiar en la depresión del anciano y proporcionan un punto de partida en su abordaje ya en consulta a demanda.

Palabras clave: Anciano, familia, depresión.

THE DEPRESSED ELDERLY PATIENT AND FAMILY ENVIRONMENT

Objective: To learn which variables from the Apgar Family test are related to a greater probability of suffering from depression and repeated thoughts about death in the elderly patient.

Design: Descriptive, cross sectional, multi-centric study.

Setting: Visits without prior appointments in primary care clinics.

Population and Sample: 100 subjects over age 65, 41 from rural environments and 59 from urban areas, capable of comprehending an abbreviated version of the Yesavage Geriatric Depression Scale) and who do not exceed level II of the Red Cross Cognitive Impairment Test.

Measurements: The association between the score obtained from the GDS and the presence of repetitive thoughts about death were analyzed with variables from the II Apgar Family Test by multiple linear regression.

Results: The GDS score is correlated to three variables from the Apgar Family Test: family's acceptance of the elderly person's initiatives, being the object of affective attention from the family, and satisfaction with the time shared with the rest of the family. The presence of repetitive thoughts about death was only related to, and inversely so, to receiving shows of affection.

Conclusions: The three variables from the Apgar Family test can help quickly confirm how family dynamics can be implicated in the elderly person's depression and provide a starting point for treatment of this problem in unscheduled visits by patients.

Key Words: elderly, family, depression

Correspondencia: Lorenzo García Lozano.
c/ Armengual de la Mota, 33 - 5º B - 29007 - Málaga
E-mail: med019934@nacom.es

Recibido el 10-07-2000; aceptado para su publicación el 11-09-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 145-148.

Introducción

La prevalencia de la depresión del anciano en España es según la bibliografía consultada, de un 4-8 %¹. No obstante los resultados positivos cuando se realizan test de screening son de en torno al 11-13 % según el cuestionario aplicado². Esto se explica por la existencia de un subsíndrome depresivo³ que no es diagnosticado como depresión pero sin embargo implica también morbilidad.

Por tanto la depresión es un problema de salud en el anciano. No obstante, y a pesar de sus importantes implicaciones^{4,5} se encuentra poco diagnosticado^{6,7} y existe poca bibliografía que haga referencia a su relación con el entorno familiar. En este sentido, nosotros encontrábamos en un anterior estudio una correlación entre los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica mencionada y la puntuación obtenida en la aplicación del Apgar Familiar II⁸.

La detección del anciano con probable depresión mediante cuestionarios de screening aunque simplifica el trabajo del médico de Atención Primaria (AP), sigue siendo laboriosa aun con la aplicación de versiones abreviadas de dichos cuestionarios. La referencia por parte del paciente de haber tenido pensamientos frecuentes sobre la muerte en las dos últimas semanas ha demostrado una buena correlación con los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Su especificidad es alta (95%), aunque no lo es tanto su sensibilidad (56%), y tiene altos valor predictivo positivo (94%) y Likelihood Ratio para una respuesta positiva (9,82), pudiendo ser una opción en el primer acercamiento a la detección del anciano con alta probabilidad de trastornos depresivos durante la consulta a demanda en un Centro de Atención Primaria⁹.

El objetivo principal del presente estudio es conocer con qué variables del Apgar Familiar se correlaciona el resultado de la Escala de Depresión Geriátrica.

El objetivo secundario es conocer si la manifestación de pensamientos de muerte por parte del anciano se correlaciona con las mismas variables del Apgar Familiar que los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica.

Sujetos de estudio y Método

El diseño del estudio corresponde a un multicéntrico transversal.

La población diana es la mayor de 65 años y demandante de atención en los centros de salud de Atención Primaria (AP).

La muestra es obtenida de 3 cupos correspondientes al Centro de Salud de Carranque, urbano, y 1 cupo del Centro de Salud de Campanillas, rural. Ambos Centros de Salud son de Málaga.

La técnica de muestreo fue aleatoria, en consulta a demanda y visita domiciliaria programada. El ritmo de recogida de casos fue establecido por cada médico en función de su disponibilidad.

Los criterios de inclusión son tener 65 años o más, estar capacitado para la interpretación de los cuestionarios utilizados y no superar el grado 2 de la Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja ("Desorientación en el tiempo. Trastornos del carácter, sobre todo si se le contraría. Conversación posible pero no perfecta -despistes-. Conoce a las personas cercanas, aunque a veces olvide alguna cosa").

Las variables estudiadas son:

- Puntuación obtenida en la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada. Esta escala se encuentra validada en nuestro país¹⁰. Tiene una sensibilidad del 88 % y una especificidad del 93 %. Para su interpretación cualitativa se establece como probable el diagnóstico de depresión con una puntuación superior a 5.
- La respuesta a la pregunta: ¿Ha pensado Vd. en la muerte con frecuencia en las últimas dos semanas?. Sólo se admitió la respuesta positiva o negativa.
- El test de Apgar Familiar II¹¹, con su puntuación global y la puntuación por separado de cada una de sus 5 variables y que corresponden a aspectos diferentes de la dinámica familiar. Consideramos que la familia es funcional con resultados totales de 7-10 puntos; consideramos que es moderadamente disfuncional con 4-6 puntos; y consideramos que la familia es muy disfuncional con 0-3 puntos. Para una redacción más fácil denominaremos a cada una de sus variables de la siguiente forma:
 - Variable A: Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa
 - Variable B: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia discute cuestiones de interés común y comparte conmigo la resolución de los problemas.
 - Variable C: Encuentro que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en mi estilo de vida
 - Variable D: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa su afecto y responde a mis sentimientos de ira, tristeza y amor.
 - Variable E: Estoy satisfecho con la manera en que mi familia y yo compartimos el tiempo juntos

Para todos los cálculos se establece la Desviación Estándar (DE) y el Intervalo de Confianza del 95 % (IC), y se considera la significación estadística para valores de $p < 0,05$.

Para la comparación de proporciones en variables cualitativas mediante tablas de contingencia utilizamos el test de Chi-Cuadr. (Chi-Cuadrado), con o sin corrección de Yates según los valores de la tabla.

Se correlacionan los resultados de la GDS y la manifestación de deseos de muerte en las últimas dos semanas con las variables del Apgar familiar mediante una regresión lineal múltiple. La segunda es convertida, para ello en variable "dummy" con valores 0 ó 1 en función de la respuesta.

El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico Epi-Info versión 6 en Castellano.

Resultados

Se calculó el tamaño muestral a partir de una muestra de 100 casos, para una prevalencia de resultado positivo de la GDS (más de 5 puntos) del 58 %, considerando como peor resultado una prevalencia del 48 %, y con un nivel de confianza del 95 %, dando como resultado una estimación de 94 casos.

La muestra final incluida en el estudio fue de 100 casos, 41 de origen rural y 59 de origen urbano. Se compuso de 40 hombres y 60 mujeres. La edad media fue de 74,2 años (DE=6,30; IC=72,94-75,46 años). Rechazaron participar en el estudio 4 sujetos: 1 hombre de 74 años, del medio rural, y 3 mujeres de 66, 68 y 72 años respectivamente, del medio urbano.

La moda, con 32 casos, fue que el anciano convivía con una sola persona. En 20 casos se registraron 2 convivientes y en 15 casos el anciano vivía sólo.

No existió diferencias significativas en estas variables en cuanto a los medios rural y urbano.

Los resultados de la aplicación de la GDS mostraron alta probabilidad de padecer depresión en 58 casos de los 100 estudiados.

El Apgar Familiar dio como resultado que 49 casos eran sugestivos de familias funcionales, 26 lo eran de moderadamente disfuncionales, y 25 lo eran de muy disfuncionales.

En el total de la muestra la puntuación obtenida por cada variable del Apgar familiar fue la que se expone en la tabla 1.

El análisis del Apgar familiar en pacientes con resultados de la GDS superior a 5, punto de corte, mostró los resultados expresados en la tabla 2, siendo significativas las diferencias encontradas en relación con los sujetos con GDS negativo (5 puntos o menos) ($p=0,00005$).

La regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente la puntuación obtenida con la aplicación del GDS, y como variables independientes las 5 preguntas de las que se compone el Apgar familiar, mostró una correlación inversamente proporcional con los resultados de las variables C, D y E, siendo la asociación mayor con la última (Tabla 3).

35 pacientes afirmaron haber tenido frecuentes pensamientos de muerte en las últimas dos semanas. Su distribución en función de los resultados de la GDS se muestra en la tabla 4. ($\text{Chi-Cuadr}= 29,1$; $p=0,000$; $\text{OR}=26,4$).

Por otra parte, respondieron afirmativamente en esta variable 8 (16,3 %) de los 49 pacientes con Apgar sugestivo de familia funcional, 11 (42,3 %) de los 26 con familia mo-

deradamente disfuncional, y 16 (64 %) de los 25 con familia muy disfuncional ($\text{Chi Cuadr.}=17,36$; $p=0,0001$).

La regresión lineal múltiple de esta variable como variable Dummy dependiente, y las variables del Apgar familiar como variables independientes mostró los resultados expuestos en la tabla 5, en la que se aprecia sólo correlación inversa con la variable D del Apgar Familiar. El análisis bivariable de esta correlación muestra un coeficiente de correlación $R=-0,40$; $R^2=0,16$.

Discusión

Nuestro estudio presenta el sesgo propio de todo estudio realizado en la consulta a demanda del paciente, y es el hecho de ser pacientes consultantes, no ofreciendo garantía la generalización de sus resultados a la totalidad de la población.

Pensamos que otra limitación del estudio es la posible influencia que puede ejercer la relación médico-enfermo en la manifestación por el paciente de haber tenido pensamientos de muerte frecuentes en las dos últimas semanas. No hemos estudiado esta variable pero hemos intentado evitar este sesgo mediante la colaboración de varios profesionales. Objetivar esta influencia justificaría otro estudio.

TABLA 1. Puntuación media obtenida por las variables del Apgar familiar en el total de la muestra.

Variabes del Apgar Familiar	Media	DE	IC
A	1,43	0,74	1,28-1,54
B	1,12	0,78	0,96-1,27
C	1,22	0,78	1,06-1,37
D	1,28	0,84	1,11-1,44
E	1,32	0,75	1,17-1,47

TABLA 2. Valoración de la función familiar según los resultados del Apgar Familiar para pacientes con GDS positivo y GDS negativo

Valoración del Apgar familiar	GDS negativo	GDS positivo	Muestra total
Familia funcional	31 (73,8 %)	18 (31 %)	49
Familia moderadamente disfuncional	8 (19,8 %)	18 (31 %)	26
Familia muy disfuncional	3 (7,1 %)	22 (38 %)	25

TABLA 3. Regresión lineal múltiple. La variable dependiente es la puntuación obtenida en la GDS. Las variables independientes (A, B, C, D y E) son las cuestiones integrantes del Apgar Familiar.

Variable	Media	Coeficiente β	Límite de confianza al 95 % del coef. β		Err. Est.	Test F Parcial	p
			Inferior	Superior			
A	1.43	0.65	-0.60	1.91	0.63	1.05	0.30
B	1.12	-1.08	-2.23	0.05	0.57	3.57	0.06
C	1.22	-1.20	-2.39	-0.02	0.59	4.09	0.04
D	1.28	-1.18	-2.32	-0.05	0.57	4.31	0.04
E	1.32	-1.41	-2.55	-0.27	0.57	6.09	0.01
Intersección-Y		12.06					
R=0,68; R cuadrado= 0,47							
Fuente	Gl	Suma Cuadrados	Media Cuadrados		Estadístico-F		
Regresión	5	824.8	164.96		16.87		
Residuales	94	919.4	9.78				
Total	99	1744.2					

TABLA 4. Presencia de pensamientos repetidos de muerte en las dos últimas semanas en sujetos con GDS positivo y GDS negativo

Pensamientos de muerte	GDS Negativo	GDS Positivo	Total
No	40	25	65
Sí	2	33	35
Total	42	58	100

Podríamos haber considerado un mayor número de variables socio-familiares que describiesen el tipo de familia en la que vive el anciano. Sin embargo, en un anterior estudio en que contemplábamos la propiedad sobre el domicilio, que diferencia entre familia extensa y familia nuclear con elemento agregado, número de convivientes, ingresos económicos y viudedad, entre otros, sólo encontrábamos relación de los resultados de la GDS con el Apgar Familiar⁸.

Los resultados del presente estudio muestran que la puntuación obtenida en la GDS se correlaciona de forma inversa a 3 de las variables del Apgar familiar, que son la aceptación familiar de iniciativas del anciano, expresiones de afecto, y tiempo compartido en familia, siendo ésta última la que muestra un mayor valor determinante de la probabilidad de padecer depresión.

Conocíamos por anteriores estudios al alto valor predictivo positivo de la presencia de pensamientos de muerte con respecto al resultado de la GDS, así como su alta especificidad pero menor sensibilidad⁹. Los pensamientos manifiestos y repetidos de muerte en las dos últimas semanas guardan relación sólo con las manifestaciones de afecto en el seno familiar. Ello probablemente explique la menor sensibilidad de ésta pregunta si se utilizase como método rápido de acercamiento al paciente anciano en el que sospechamos un cuadro depresivo.

Pensamos que es importante el abordaje del paciente anciano considerando su ámbito familiar y que los resulta-

dos de nuestro estudio ayudan a iniciar dicho abordaje centrándonos, una vez identificado el paciente con probable depresión, en preguntas concretas que confirmarían la implicación de la dinámica familiar y ello de forma rápida en consulta a demanda.

Bibliografía

1. Lobo A, Saz P, Marcos G, Diaz JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 497-506)
2. Van Marwijk HW. [Depression in the elderly in family practice]. Tijdschr Gerontol Geriatr 1997; 28:69-75
3. Lyness JM, King DA, Cox C, Yodiono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 647-652.
4. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. Drugs Aging 1995; 6: 278-92.
5. Thase ME. Long-term nature of depression. J Clin Psychiatry 1999;60 Suppl 14:3-9
6. Rout U, Rout J. Diagnosis and treatment of depression by general practitioners in England- Psychol Rep 1996; 78:516-8
7. Van Marwijk HW, de Bock GH, Hermans J, Mulder JD, Springer MP. Prevalence of depression and clues to focus diagnosis. A study among Dutch general practice patients 65+ years of age. Scand J Prim Health Care 1996; 14:142-7
8. García Lozano L et al. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. Aten Primaria, 2000; 25: 226-229.
9. García Lozano L, Mérida Quiñones F. Una opción en la búsqueda del sintoma depresivo en la población anciana. Centro de Salud. 2000; 8: 106-108.
10. Ramos Brieva JA, Montejo Iglesias, Lafuente López R, Ponce de León Hernández C, Moreno Sarmiento A. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr 1991; 19: 174-177.
11. Kane RA, Kane RI. Mediciones del funcionamiento social en la asistencia a largo plazo. En: Kane RA, Kane RL, directores. Evaluación de las necesidades de los ancianos. Madrid: SG Editores 1993. p. 133-209.

TABLA 5. Regresión lineal múltiple. La variable dependiente es la presencia de pensamientos de muerte frecuentes en las dos últimas semanas. Las variables independientes son las cuestiones integrantes del Apgar Familiar (A, B, C, D y E).

Variable	Media	Coeficiente β	Límite de confianza al 95 % del coef. β		Err. Est.	Test F Parcial	p
			Inferior	Superior			
A	1,43	-0,14	-0,32	0,02	0,089	2,74	0,101
B	1,12	-0,03	-0,19	0,12	0,081	0,22	0,634
C	1,22	0,10	-0,06	0,27	0,084	1,55	0,215
D	1,28	-0,19	-0,35	-0,03	0,080	5,96	0,016
E	1,32	0,00	-0,15	0,16	0,080	0,01	0,922
Intersección-Y		0,71					
R=0,444; R cuadrado= 0,197							
Fuente	Gl	Suma de cuadrados	Cuadrado de la media		F-estadístico		
Regresión	5	4,48	0,89		4,62		
Residuales	94	18,26	0,19				
Total	99	22,75					

ORIGINAL

Anciano desplazado: Perfiles terapéuticos e implicaciones sociosanitarias

Jiménez Villegas F¹, Cruz Tijeras MD², Sánchez Álvarez M³, González Peinado MA¹, Fuentes González C I⁴, Mármol Teruel J M⁵, Alcalá López, MA¹.

¹ Médico de Familia. Tutor Unidad Docente MFyC de Granada. C.S. Marquesado. ² Médico de Familia. C.S. Marquesado, ³ Enfermera. C.S. Marquesado, ⁴ Médico Residente de MFyC. C.S. Marquesado, ⁵ Farmacéutico. Coordinador de Farmacia de Agrupación de Distritos Guadix-Baza.

Objetivo: Describir y comparar la distribución por grupos terapéuticos, valor intrínseco y el gasto inducido de la prescripción crónica de ancianos desplazados a una zona básica de salud (ZBS) frente a ancianos residentes.

Diseño: Estudio observacional transversal descriptivo.

Emplazamiento: ZBS (Zona Básica de Salud) del Marquesado (Granada)

Pacientes: Mayores de 65 años con medicación crónica, desplazados a la ZBS más de 60 días / año (Grupo D) y residentes (Grupo R). Todos los sujetos nacieron en la comarca. Muestreo aleatorio simple sobre poblaciones. Edad media de 74.7 ±6.2(D) y 76,3 ±6.5(R). n=100(D), n=300(R). Mujeres 61,2 %. Hombres 38,8 %.

Mediciones y resultados: Recogimos 1428 tratamientos de las tarjetas de medicación crónica. Estudiamos en función del grupo de población (Variable independiente) el número de fármacos de cada grupo terapéutico, coste tratamiento-día y Valor Intrínseco (Variables dependientes). Análisis estratificado. Test estadísticos: Chi cuadrado para proporciones, Anova para medias. Error a:5%.

La media de medicamentos crónicos usados por paciente fue menor en ancianos desplazados (3.13 ±2.05) que en residentes (3.71 ±2.29). Desagregando por grupos terapéuticos, observamos que esto se debe a un menor uso del grupo Respiratorio (D: 0.20; R: 0.48), Antihipertensivos (D: 0.64; R: 0.84) y Antidiabéticos (D: 0.08; R: 0.23), encontrando uso similar de tratamientos para sistema nervioso, Cardiovascular, Digestivo, Locomotor y Oftalmológicos. El coste tratamiento / día medio por fármaco fue 97.28 (D) y 94.42(R), y podemos estimar un gasto paciente / mes de 9135(D) y 10509(R). El valor intrínseco de los fármacos era elevado en un 82,5% de los casos (D) y un 86.2%(R), sin encontrar tampoco diferencias relevantes al desagregar por grupos terapéuticos.

Conclusiones: Globalmente el coste y calidad de medicamentos crónicos en ancianos desplazados es parecido al de residentes en la comarca. Las diferencias encontradas se concentran en un menor uso de Antidiabéticos (sobre todo insulinas), Antihipertensivos y Respiratorios (especialmente Antiasmáticos inhalados) en el grupo desplazados.

Palabras clave: Atención a desplazados. Prescripción crónica. Gasto farmacéutico. Calidad de prescripción.

THERAPEUTIC CURVES AMONG THE ELDERLY AND THEIR IMPLICATIONS FOR SOCIAL AND HEALTH CARE

Objective: To describe and compare chronic prescriptions for elderly persons who are permanent residents in a Basic Health Zone (ZBS, *Zona Básica de Salud*) with those of non-residents seen in the ZBS by analyzing the distribution of their prescriptions according to therapeutic groups, intrinsic value and cost.

Design: An observational, cross sectional, descriptive study.

Setting: A Basic Health Zone in *El Marquesado* (Granada, Spain).

Population and Sample: Chronically medicated non-resident persons over age 65 who visited a ZBS more than 60 days per year (Group D) and permanent elderly residents (Group R). All subjects were born within the county. A simple random population sample. Average age was 74.7 ±6.2(D) and 76,3 ±6.5(R). n=100(D), n=300(R). Women, 61,2 %. Men, 38,8 %.

Measures and Results: We collected information on 1,428 prescription treatments from chronic medication cards. For each population group (independent variable) we studied the number of drugs in each therapeutic group, cost of treatment per day, and intrinsic value (dependent variables). Stratified analysis. Statistical tests: the χ^2 test for proportions and ANOVA for averages. Error a: 5%.

The average number of chronic drugs used per patient was lower among non-resident elderly who visited the Basic Health Zone (3.13 ±2.05) than among the zone's permanent residents (3.71 ±2.29). When divided into therapeutic groups, we found this was due to the lower use of drugs from the respiratory group (D: 0.20; R: 0.48), drugs to control high blood pressure (D: 0.64; R: 0.84), and drugs to control diabetes (D: 0.08; R: 0.23). Similar use was found in treatments for the nervous, cardiovascular, digestive, motor, and ophthalmological systems. The average cost of treatment (*in Spanish pesetas*) per day by drug was 97.28 (D) and 94.42 (R); we estimated the cost per patient/month to be 9,135(D) y 10,509 (R). The intrinsic value of the drugs was high in 82.5% of the cases (D) and 86.2% (R), with no relevant differences found when divided into therapeutic groups.

Conclusions: Overall, the cost and quality of chronic drugs for non-resident elderly persons who visit a local health center is similar to that of the county's permanent elderly residents. Differences centered on the lower use of drugs to control diabetes (especially insulins), high blood pressure, and respiratory problems (especially inhalers for asthmatics) in the health zone group.

Key Words: Care for non-residents. Chronic prescription. Drug expenditures. Quality of prescription drugs.

Correspondencia: Federico Jiménez Villegas
C.S. del Marquesado. Ctra. Las minas s/n - 18518 Alquife (Granada)
Tfno: 958 672202 Fax: 958 673265 - E-mail: fjimenez@nexo.es

Recibido el 30-05-00; aceptado para su publicación el 10-08-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 151-155.

Introducción

Un fenómeno característico de la sociedad actual es la gran movilidad de la población por causas muy diversas. La población «desplazada», considerando como tal a la formada por trabajadores temporales, emigrantes, turistas nacionales o extranjeros y a los ancianos desplazados, genera un impacto no despreciable sobre los servicios de atención primaria y de diferente magnitud según su ubicación. El análisis del volumen y la tipología de la demanda de la población desplazada es un elemento relevante para la correcta planificación y gestión de los servicios de atención primaria. Sin embargo, no existen sistemas de información válidos para separar el gasto farmacéutico que genera la población desplazada y los datos disponibles de asistencia a enfermos desplazados se circunscriben al ámbito hospitalario, sin que exista de forma global, información de este tipo en atención primaria. Los desplazamientos temporales de la población no se acompañan de recursos que cubran sus necesidades sanitarias (lo que en términos económicos supone un beneficio para la zona de origen y un déficit para la zona receptora)^{1, 2, 3}.

La zona básica de salud del Marquesado se ubica en la falda norte de Sierra Nevada en la provincia de Granada. Consta de 8 Unidades de atención familiar (UAF) y 9 municipios con una población censada de 7439 habitantes. Es una comarca de clima continental con un nivel económico muy bajo, alto índice de paro y población envejecida. El pastoreo y agricultura de subsistencia son las principales actividades en la actualidad. Dicho marco geográfico y humano explica que en los años 50 y 60 hubiera una emigración masiva. Se trataba entonces de jóvenes trabajadores que en la actualidad se han convertido en ancianos pensionistas con 30 ó 40 años más, que tienden a regresar a sus pueblos y viviendas de origen para establecerse durante periodos prolongados de 3 a 8 meses y posteriormente dejan el pueblo para volver a pasar el invierno con sus hijos. La dimensión de este fenómeno se puede entender mejor si recordamos que en las décadas de los años 50 y 60 se produjo un gran movimiento migratorio de poblaciones rurales desfavorecidas de Andalucía y otras regiones españolas hacia zonas industriales de España y Centroeuropa. En esos años emigraron 1.453.000 andaluces o sea, la cuarta parte de su población. La emigración en esas décadas de la provincia de Granada fue de 296.000 personas, lo que supuso más un 40% de su población total en aquella época.⁴ Los tres pueblos incluidos en nuestro estudio contaban en 1950 con 6.725 habitantes y con 7.088 en 1960. En la actualidad su población de derecho suma 2.812 personas, es decir 2,5 veces menor

Este tipo de población que se desplaza de forma rotatoria, es considerada como problemática por el difícil seguimiento

de sus patologías, duplicidad de actuaciones médicas y aumento del gasto sanitario. Se han propuesto diversos métodos para mejorar el seguimiento de estos enfermos: Uno de ellos se basa en un modelo de historia clínica portátil entregada a estos ancianos, encontrando una buena valoración por parte de pacientes y familiares, si bien se constató un déficit en la cumplimentación de la historia a lo largo del tiempo⁵. Otra propuesta se basa en proporcionar un informe geriátrico específico que acompañe al «anciano golondrina» en sus desplazamientos, incluyendo diversos apartados (Parentesco con sus cuidadores., Valoración Funcional, mental y afectiva, Problemas geriátricos, Cuidados de enfermería que precisa, Listado de problemas, Fármacos y datos que requieren seguimiento.) Este modelo de informe recibió una alta valoración entre los sanitarios que lo han utilizado.⁶

Por otra parte, el envejecimiento progresivo nuestra población genera un mayor consumo de los recursos sanitarios, cobrando especial importancia la polimedicación a que se ven sometidos nuestros ancianos. La correcta prescripción al anciano es todo un reto, de ahí que el consumo de medicamentos sea una preocupación no sólo de los gestores sanitarios, sino también del conjunto de la sociedad. Los ancianos deben concienciarse de ello, sin que esto llegue a deteriorar la relación médico-paciente⁷⁻¹¹. No cabe la duda de que en la cadena del uso del medicamento, el acto de prescripción médica constituye un pilar fundamental para la racionalidad de la terapéutica, por lo tanto el estudio de los hábitos de prescripción proporciona una información muy próxima a la realidad del uso del medicamento.¹²⁻¹⁴

La mejora constante de los sistemas de información sobre las prescripciones realizadas por los médicos es quizás el mecanismo más importante para este fin. De gran utilidad resulta el estudio del Valor Intrínseco de los medicamentos prescritos en el ámbito de la consulta de Atención Primaria. Numerosos estudios demuestran que un mayor grado de utilización de medicamentos de Valor intrínseco no elevado (VINE) se relaciona con un mayor gasto y prescripción probablemente ineficiente. Otros indicadores genéricos de la calidad de prescripción son la tasa de medicamentos incluidos en las listas de fármacos esenciales de la OMS o en un Index recomendado, y la tasa de monocomponentes. Analizar la calidad de prescripción es una meta que debe ser resuelta para poner en marcha distintas intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos¹⁵⁻²⁴.

El **objetivo** de nuestro estudio fue describir y comparar la distribución por grupos terapéuticos, valor intrínseco, y el gasto inducido de la prescripción en dos grupos de población: Ancianos que residían todo el año en el pueblo y ancianos que se desplazan rotatoriamente.

Sujetos

Diseñamos un estudio descriptivo transversal, comparando dos grupos de pacientes.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron para los dos grupos: edad de 65 o más años, haber nacido en la comarca, y poseer un documento de prescripción crónica de fármacos. Además, para el grupo de desplazados, debían permanecer en el pueblo más de 60 días y menos de 8 meses durante 1998.

Escogimos al azar, mediante un generador informático de números aleatorios, muestras de 100 personas para el grupo de desplazados utilizando como fuente de muestreo un registro específico que se elabora cada año siguiendo los mismos criterios de inclusión y 300 para el de residentes, procedentes de la base de datos de tratamientos crónicos de tres pueblos de nuestra ZBS. La edad media fue de 74.7 ± 6.2 años en el grupo de desplazados y $76,3 \pm 6.5$ en el de residentes. Respecto a la distribución por sexo, observamos predominio de mujeres en ambos grupos: 67 % en desplazados y 59,6 % en residentes.

Métodos

Como fuente de información usamos para el grupo de Residentes los documentos de medicación crónica utilizados en nuestro centro de salud y para el grupo de Desplazados los documentos de medicación crónica que usan o bien el informe de su médico de cabecera que se les requiere a este fin. Recogimos un total de 1428 tratamientos

Como variable independiente usamos el ser Residente o Desplazado. Estudiamos en cada grupo las siguientes variables dependientes:

- Distribución de fármacos usados por grupos y subgrupos terapéuticos siguiendo la Clasificación Anatómica Terapéutica (ATC) modificada.
- Coste tratamiento día.
- Valor intrínseco, estableciendo dos categorías (Elevado o no elevado) en base a la clasificación utilizada actualmente por el Servicio Andaluz de Salud.

Las comparaciones entre ambos grupos de pacientes se realizaron mediante Análisis estratificado utilizando el paquete informático EPI-INFO, versión 6.04 y usamos como test estadístico Chi cuadrado para comparar proporciones y Análisis de la Varianza para comparar medias, admitiendo un error a del 5% .

Resultados

La media de tratamientos indicados a cada paciente (Figura 1) fue de 3,13 para los pacientes desplazados y algo mayor, 3,71 en los pacientes que residían en nuestra comarca. Si analizamos los grupos terapéuticos observamos que estas diferencias se centran exclusivamente en tres grupos terapéuticos: Fármacos para el Aparato respiratorio, Antihipertensivos y Antidiabéticos siendo las diferencias estadísticamente significativas (Figura 2). Concretamente, las mayores diferencias aparecieron en el uso de Insulinas e Inhaladores anti asmáticos, que es muy bajo en el grupo de ancianos desplazados (figura 3). Tampoco existía ningún tratamiento para patología tiroidea. Sin embargo el uso de fármacos para el Sistema nervioso central (incluyendo analgésicos), Sistema Cardiovascular excepto antihipertensivos, Aparato Digestivo, Aparato Locomotor, Oftalmológicos y otros fue similar en ambos grupos (Figura 4). Tampoco encontra-

mos diferencias significativas al disgregar estos grupos en sus subgrupos principales.

El coste de los tratamientos indicados, estimado por el coste tratamiento día de los fármacos, fue similar en ambos grupos, y las diferencias en el gasto mensual medio estimado por paciente tampoco tienen relevancia (Tabla 1). El porcentaje de fármacos de valor intrínseco no elevado fue similar en ambos grupos tanto globalmente como cuando estudiamos cada grupo terapéutico (Figura 5).

FIGURA 1. Media de fármacos indicados por paciente.

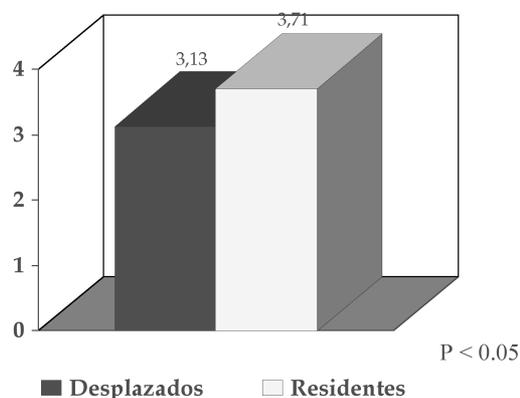
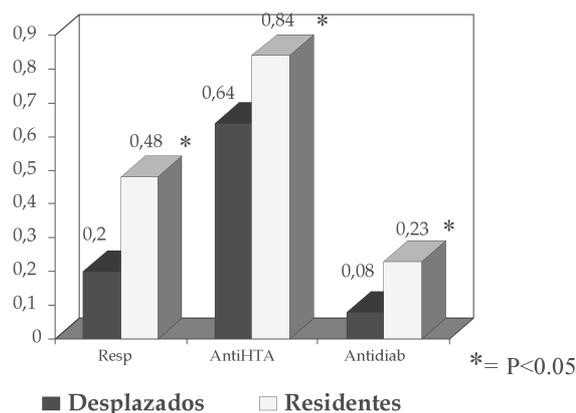


FIGURA 2. Media de fármacos indicados por paciente, según grupos terapéuticos.



Resp: Aparato respiratorio (R)

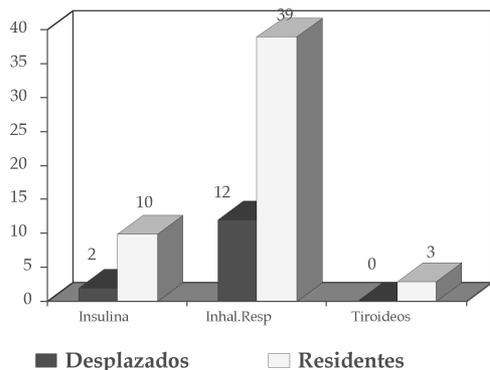
AntiHTA: Antihipertensivos (C02 + C03)

Antidiab: Antidiabéticos (A10)

TABLA 1. Coste estimado de los tratamientos crónicos indicados (en pesetas)

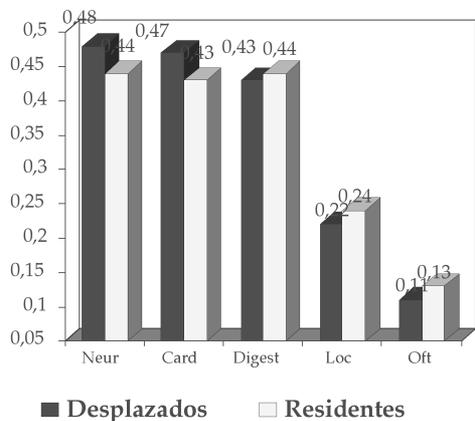
	Desplazados	Residentes
Coste tratamiento día	97,28	94,22
Gasto pacientes/mes	9.135	10.509

FIGURA 3. Media de fármacos indicados por 100 pacientes, para ciertos subgrupos terapéuticos.



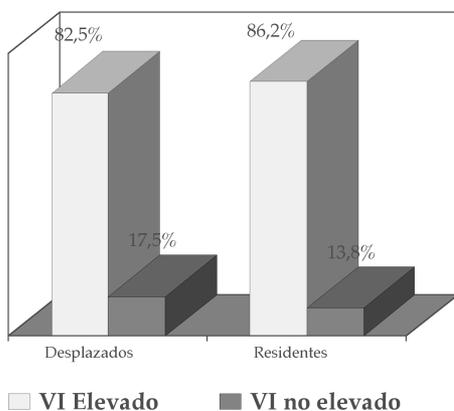
Inhal. Resp: Antismáticos Inhalados (R03A1)

FIGURA 4. Media de fármacos indicados por paciente, según grupos terapéuticos.



Neur: Sistema nervioso (N), incluyendo analgésicos (N02)
 Card: Cardiovascular (C) excluyendo antihipertensivos (C02 y C03)
 Digest: Aparato digestivo y metabolismo (A)
 Loc: Aparato locomotor (M)
 Oft: Oftalmológicos (S01)

FIGURA 5. Proporción de fármacos indicados según su Valor Intrínseco (VI)



Discusión

Respecto a la distribución de grupos terapéuticos cabe destacar el menor uso por los ancianos que se desplazan de tratamientos para las patologías crónicas de mayor repercusión potencial en la salud de los mayores, es decir *antidiabéticos, antihipertensivos y tratamientos crónicos del aparato respiratorio*. Si asumiéramos que las dos poblaciones son comparables respecto a la prevalencia de estas enfermedades, la hipótesis más congruente para explicar estos hallazgos se basaría en una falta de diagnóstico precoz y en la difícil continuidad en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes, lo que concuerda con hallazgos de los pocos estudios realizados en estas poblaciones, así como con la percepción mayoritaria de los sanitarios que les atienden.^{5,6}

El coste de los tratamientos para los ancianos desplazados es parecido al de los residentes, al igual que el porcentaje de tratamientos de bajo valor intrínseco, lo que desmentiría el estereotipo frecuente en nuestro medio referente a una peor calidad y mayor consumo de medicación por la población de desplazados. Sin embargo el retorno intermitente de estas personas, sus cónyuges y en ocasiones los padres, a sus lugares de origen es un fenómeno hasta ahora poco estudiado y poco considerado por la administración sanitaria. Al estar empadronados y tener asignado médico en sus lugares de «origen», suponen un importante gasto adicional en las zonas rurales receptoras, tratándose con frecuencia de comarcas pobres con altos índices de envejecimiento y dependencia, que ven aumentar aún más su población de mayores. Además, basándose en los datos demográficos antes señalados, cabe esperar que este fenómeno de desplazamiento rotatorio de ancianos a sus lugares de origen, cobre aún mayor importancia en próximos años.¹⁻³

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, no hemos podido garantizar la comparabilidad de los grupos respecto a la prevalencia de las patologías crónicas más relevante, ya que se hubiera precisado un despistaje de éstas que no quedaba al alcance de nuestros recursos. No incluimos a los ancianos desplazados que permanecen en el pueblo menos de 60 días ni aquellos pacientes que no usan los servicios sanitarios locales y/o traen medicación necesaria para el tiempo que dura su desplazamiento, dada la dificultad para su identificación, sin embargo no creemos que estos criterios tengan repercusión real en los resultados, pues en el segundo caso se trataría en principio de personas con menor prevalencia de patologías crónicas y/o menor necesidad de seguimiento sanitario.

Utilizamos para el análisis de los grupos farmacológicos, la clasificación Anatómico-Terapéutica, versión española de la Anatomical Therapeutic Classification (ATC), en la que los medicamentos se agrupan en trece grupos principales (pri-

mer nivel) subdivididos en un segundo y un tercer nivel.²⁴ No obstante al realizar el análisis de los resultados, hemos entendido necesario desagregar del grupo Cardiovascular los fármacos usados actualmente como antihipertensivos, dada la cuantía e importancia por sí mismos en Atención primaria, para evitar perder información que puede ser relevante.

Nuestras conclusiones principales son: 1) El coste y calidad de medicamentos crónicos en ancianos desplazados es parecido al de ancianos residentes en la comarca. 2) Las diferencias encontradas se concentran en un menor uso de Antidiabéticos (sobre todo insulinas), Antihipertensivos y Respiratorios (especialmente Antiasmáticos inhalados) en el grupo desplazados.

Finalmente, como recomendaciones, creemos importante realizar estudios que evalúen intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria y seguimiento de los ancianos desplazados. Asimismo, solicitaríamos de los gestores de nuestro sistema sanitario un especial interés y sensibilidad para identificar a estas poblaciones nómadas, y asignar los recursos necesarios para facilitar el especial trabajo de seguimiento y control que precisan.

Bibliografía

- Palacios Llamazares L. El paciente desplazado: repercusiones en un EAP. *Formación Médica Continuada* 1996; 3: 681-685.
- Pané Mena O, Pociello Balaguer V. El paciente desplazado: ¿a cargo de quién? *Formación Médica Continuada*, 1996; 3: 676-680.
- Esteva M, Tamborero G, Seguí M, Ponc H, Llobera J. Impacto de la "población flotante" sobre la utilización de servicios de atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20 (Supl 1): 337.
- García Barbancho A. Cambio de las migraciones interiores, con especial referencia a Andalucía. En: *Consejería de Economía, Industria y Energía. Boletín económico de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía; 1983. p. 226-229.
- García F, Cubero P, Salas R, Gutiérrez B, Barba M, Cid F. Uso de un modelo de historia clínica entregada a los ancianos desplazados rotatorios. *Aten Primaria* 1998; 22 (Suplemento 1): 290-295.
- Sánchez L, Almeida L, Uranga A, Sánchez F, Selles B, García S. Informe geriátrico para el anciano golondrina. Valoración de su aceptación en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22 (Suplemento 1): 288.
- Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Besco E et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 227-232.
- Leal M, Sánchez D, Sebastián JM, Gómez MC, Hernández MC, Pérez MC. ¿Conocen nuestros pacientes el coste económico de la medicación que toman de forma crónica? ¿Les interesa? *Aten Primaria* 1999; 23: 137-140.
- Sáenz A, Ausejo A, Iñesta A. Análisis de diagnósticos y prescripción de crónicos en un centro de salud. *Aten Primaria* 1997; 19: 35-40.
- Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soles J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999; 23: 121-126.
- Siles M, García FJ, Abad JM, Bazo E, Camarena Y, Muñoz F. Impacto potencial de medidas de minimización de costes en la prestación farmacéutica en atención primaria de Aragón. *Aten Primaria* 1999; 23: 352-358.
- Martelo MA, Moreno MR, Ignacio JM, Lorenzo JR, Gil M, Galiana J. Hábitos de prescripción en un distrito de atención primaria de salud. Aproximación a un estudio de indicación- prescripción. *Aten Primaria* 1998; 21: 353-362.
- Camarena Y, Sicilia A. Consumo de especialidades con denominación genérica en el área I de la comunidad Autónoma de Aragón. *Aten Primaria* 1999; 23: 301-305.
- Abánades JC, Cabedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 391-398.
- Blanco LE, Plata AM, Iñesta A. Indicadores de la prestación farmacéutica y coste en el área de salud de Avila. *Aten Primaria* 1998; 22: 159-164.
- Saturno PJ, Gascón JJ. validez de la utilidad terapéutica y el valor intrínseco como indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica: análisis de los tratamientos en el caso del resfriado común. *Aten Primaria* 1997; 19: 400-406.
- Amado E, Madrudejos R, Pérez M.T, Catalán A. Análisis de la prescripción en atención primaria: evaluación de un sistema de indicadores. *Aten Primaria* 1997; 20: 381-384.
- Capella P, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios de utilización de medicamentos. En: Laporte J.R, Tognani G, eds. *Principios de epidemiología del medicamento*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1993; p.67-93.
- Muñoz LM, Gamero EJ, Rodríguez J, Torrecilla A, Rojo MP, Martín B. Fármacos de valor intrínseco no elevado en prescripción crónica. *Aten Primaria* 1998; 22 (Sup 1): 388.
- Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Cuirana R, De la Figuera M, Grifell E. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1990; 7: 119-126.
- Díaz A, Albadalejo C, Girona A, Ancochea L, Borrego R. Estudio descriptivo de la medicación crónica autorizada en el ABS de Llefià (Badalona). *Aten Primaria* 1996; 17: 251-256.
- Vega S, López L, Bermejo F, De la Rosa L, Bustos M, Sampedro MD, et al. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. *Aten Primaria* 1996; 17: 496-500.
- Mata M, Avellana E, Davins J, Calvet S, Hortelano MA, Martín A. Mejora continua de la calidad de la prescripción crónica en un centro de atención primaria: Seguimiento de 5 años. *Aten Primaria* 1994; 13: 172-176.
- Villa LF (Director) . *Medimecum, guía de terapia farmacológica*. (4ª ed). Madrid: Díaz de Santos, 1999.

ORIGINAL

La relación de los adolescentes con los sistemas de salud

Maldonado Díaz I, Megías López E, Bellón García N, García Ruiz T, López López FJ, López Somalo E.

Residentes de tercer año de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Granada

Objetivo: Estudiar el uso que hacen los adolescentes de los diferentes niveles del sistema de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: 4 centros escolares urbanos.

Sujetos: 467 adolescentes seleccionados por muestreo aleatorio de una clase por curso (3º - 4º ESO y 1º - 2º Bachiller)

Mediciones: Se aplicó un cuestionario elaborado a partir de la encuesta nacional de salud que recoge información sobre datos socioeconómicos, centro sanitario, número de consultas en los últimos 6 meses, ubicación y motivo de la última visita, hospitalización y su motivo, consultas urgentes con ubicación y motivo. Análisis mediante χ^2 y análisis de la varianza.

Resultados: Media de edad 15.38 ± 1.55 , 49% varones, 51% mujeres. Las visitas al médico de cabecera (MC) en los últimos 6 meses fueron: 30% ninguna, 40% una o dos, 29% ≥ 3 . El 62% de los que no acuden son varones, de los que acuden ≥ 3 veces el 57% mujeres, $p < 0.05$. La última consulta fue: 52% al MC, 17% especialista, 15% servicio de urgencias hospitalario (SUH). Especialistas por importancia: traumatólogo 25%, dermatólogo 17%, otorrinolaringólogo 10% en los hombres y ginecólogo 17% en las mujeres. En el último año acudieron a urgencias el 29% una vez, 27% ≥ 2 veces (22% no saben), siendo el hospital 52% el lugar preferente. El 70% de los padres cuyos adolescentes van ≥ 3 veces al MC en los últimos 6 meses tienen bajo nivel cultural, $p < 0.05$

Conclusiones: Los adolescentes conocen mayoritariamente donde tienen su MC y consultan con mayor frecuencia las mujeres. La atención en urgencias al adolescente ocupa un lugar destacado dentro del sistema de salud. La clase social baja del padre conlleva un aumento en el número de consultas al MC.

Palabras clave: adolescencia; medicina general; sistema de salud; problemas de salud

THE RELATIONSHIP BETWEEN ADOLESCENTS AND HEALTH CARE SYSTEMS

Objective: To study the use by adolescents of different health care systems.

Design: Cross sectional descriptive study

Setting: 4 urban academic centers

Subjects: 467 adolescents were selected by a random sample of one class per course (courses included the final two years of obligatory secondary education and the first and second years of the non-obligatory, two-year *Bachiller* course).

Measures: A questionnaire modeled on the national health survey was applied. The questionnaire gathered information on socioeconomic data, health centers, number of visits over the last 6 months, site of the visit and reason for it, hospitalization and reason for it, and emergency visits, including their site and motive. The χ^2 test and variance analysis were used.

Results: Average age: 15.38 ± 1.55 , 49% male, 51% female. Number of visits to family doctor (GP) over the last 6 months was: 30% none, 40% one or two, 29% ≥ 3 . Among those who did not visit the doctor, 62% were male. Among those who visited the doctor ≥ 3 times, 57% were female, $p < 0.05$. Regarding the last visit made, 52% were seen by a GP, 17% by a specialist, and 15% used hospital emergency room services. Specialists seen, in order of importance, were: traumatologist 25%, dermatologist 17%, otolaryngologist 10% among males and gynecologist 17% among females. Number of visits to emergency services over the last year: 29% one visit, 27% ≥ 2 (22% didn't know), most of these visits were to hospital units (52%). 70% of the parents whose adolescent children visited their GP ≥ 3 during the last 6 months had a low cultural level, $p < 0.05$.

Conclusions: Most adolescents know where to find their GP and females make more doctor visits than males. Within the health system, an important position is occupied by care provided through hospital emergency room services. Parents' low socio-economic level is related to a higher number of doctor visits.

Key Words: adolescence, general medicine, health system, health problems.

Correspondencia: Ismael Maldonado Díaz.
c/ Bailén, 1, 2º D - 18007 Granada
Tfno: 958 126089 E-mail: ismaelm@samfyc.es

Recibido el 24-05-2000; aceptado para su publicación el 12-06-2000.
Medicina de Familia (And) 2000; 2: 156-160.

Introducción

La adolescencia es la etapa de maduración y transición psicosocial entre el niño y el adulto joven, que va pasando de la dependencia de los padres a la autonomía. Suele iniciarse hacia el segundo año del inicio puberal y se extiende hasta los 20 años. Entendida de esta forma amplia, la adolescencia abarca el 20% de la población: la comprendida entre los 10 y 20 años.

Los adolescentes son un grupo etario poco conflictivo para la atención primaria. Consultan poco, rara vez se encuentran mal, y cuando enferman, con frecuencia no piden ayuda o lo hacen tarde. En general gozan de buena salud. Sin embargo, todas las evidencias señalan que son un grupo de riesgo. Tanto es así que las autoridades sanitarias de Estados Unidos consideran a los adolescentes de su país como la primera generación que es menos sana que sus progenitores y atribuyen dicha situación a patologías relacionadas con el comportamiento y a alteraciones de la socialización.

Se han señalado como problemas de salud más importantes en estas edades los relacionados con el desarrollo y la nutrición, trastornos psíquicos, anticoncepción, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas, accidentes y enfermedades crónicas¹. Sin embargo los motivos por los cuales el adolescente acude a consulta de atención primaria son mayoritariamente procesos agudos de tipo infeccioso, enfermedades osteoarticulares y procesos dermatológicos. Esto podría explicarse al no encontrar el adolescente un profesional adecuado para comentar sus problemas de salud².

El objetivo de nuestro estudio es estudiar el uso que los adolescentes hacen de los diferentes niveles del sistema de salud, estudiando la frecuencia con la que acuden a su médico de cabecera, cuales son los motivos que le llevan a ello, la importancia de la atención en urgencias, y, los especialistas más consultados.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en cuatro centros escolares elegidos al azar de entre todos los de Granada capital, en Abril de 1999. Se seleccionó aleatoriamente una clase por cada curso (3º y 4º ESO y 1º y 2º de bachiller) de cada colegio y se les aplicó a todos los alumnos de dichas clases un cuestionario autocumplimentado. La muestra estudiada fue de 467 cuestionarios. Superaba el tamaño muestral calculado para un error a del 5% y un nivel de confianza del 95%, para contrarrestar las pérdidas obtenidas en el pilotaje previo.

El cuestionario estaba elaborado a partir de la encuesta nacional de salud en la que se recogían inicialmente la edad, el género, con quién vive, profesiones del padre y de la madre, y, la situación laboral de ambos. La clase social se clasificó según la adaptación española del Registro General Británico en 6 clases³: I: profesionales y empresarios, II: directivos y propietarios, III: mandos intermedios y oficinistas, IV: obreros manuales cualificados, V: obreros sin cualificar, VI: amas de casa y otras ocupaciones mal especificadas; considerándose alta para I y II,

media para III y IV, y, baja para V y VI. A continuación se recogían el lugar donde tienen el médico de cabecera y el número de veces que le han consultado en los últimos 6 meses; dónde tuvo lugar la última consulta y su motivo (diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, revisión, dispensación de recetas, otros), y si era un especialista de qué especialidad se trataba; el número de hospitalizaciones, el motivo (intervención quirúrgica, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, accidente/traumatismo/caídas, otros) y los días de estancia de la última de ellas; el número, lugar y motivo (intervención quirúrgica, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, accidente/traumatismo/caída, otros) de la última consulta urgente en los 12 meses previos.

Los datos fueron codificados y procesados mediante el paquete estadístico Epiinfo 6.04a para su análisis. Se utilizaron el test χ^2 y Análisis de la varianza, considerándose la diferencia estadísticamente significativa para una $p < 0.05$.

Resultados

Se les pasó el cuestionario a 467 adolescentes, 229 hombres (49%) y 238 mujeres (51%), con una media de edad de 15.38 ± 1.55 años. El 91% de ellos viven con sus padres, solo con la madre el 7.5%, el 0.5% solo con el padre y el 1% con otros familiares. De los padres el 87.5% está trabajando, el 5% parado, y el 7.5% jubilado. De las madres el 55% es ama de casa, está parada el 4%, jubilada el 1.5%, y trabaja el 40.5%.

La mayoría de los adolescentes (45.5%) tienen su médico de cabecera en un centro de salud. El 26% lo tiene en un ambulatorio, el 9.5% en un consultorio rural y el 11% en una compañía privada. El 8% no sabe dónde lo tiene.

Las visitas al médico de cabecera en los últimos 6 meses fueron 30% ninguna, 40% una o dos, y el 29% ≥ 3 , con una media de 1.92 ± 2.19 días. La edad no ofrece diferencias significativas en cuanto al número de consultas y tampoco lo hacen la situación laboral del padre o de la madre, pero en la figura 1 podemos ver que la distribución por sexos sí las ofrece, observando que las mujeres acuden más veces (tendencia ascendente) que los hombres, diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$.

Por otro lado, el número de consultas al médico de cabecera sí se ve influenciado por la clase social del padre (no así de la madre) de la forma que se observa en la figura 2. Los adolescentes cuyos padres tienen una clase social más baja consultan con mayor frecuencia a su médico de cabecera, $p < 0.05$.

En la figura 3 podemos ver dónde realizaron la última consulta, y encontramos que los servicios de urgencias hospitalarios ocupan un lugar destacado, sin obtener diferencias significativas en cuanto a la edad ni al sexo.

En la figura 4 se muestran, en porcentajes, los especialistas más consultados por género. El motivo de consulta fue en un 42.5% el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, en el 27.5% revisión, en un 20% sólo dispensación de recetas, mientras que el 10% no sabe a que se debió dicha consulta.

FIGURA 1. Nº de visitas al médico de cabecera en los últimos 6 meses distribuidas por género.

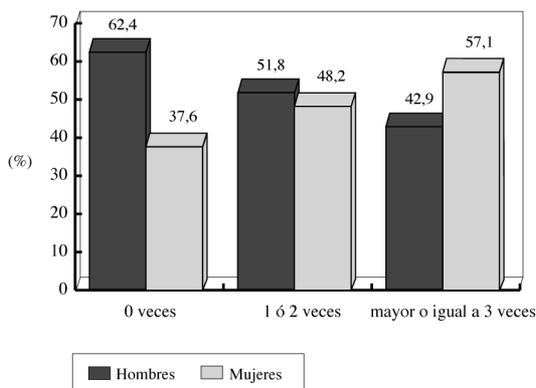
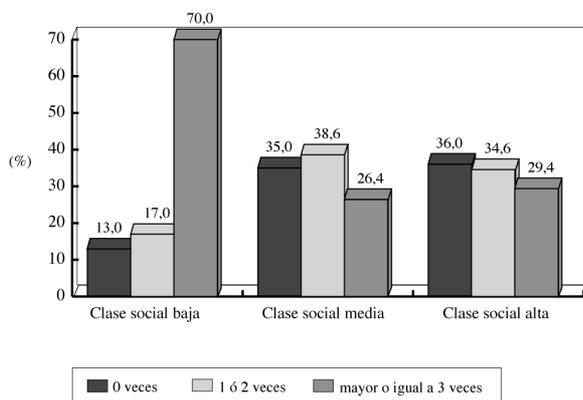


FIGURA 2. Nº de consultas realizadas por el adolescente en los últimos 6 meses al médico de cabecera distribuidas en cuanto a la clase social del padre.



A la pregunta de cuantas veces ha estado hospitalizado el 53% respondió que nunca lo ha estado, el 38% ha estado una o dos veces hospitalizado, siendo la media 0.93 ± 1.53 veces. La media de días hospitalizado es de 8.38 ± 15.16 días. El principal motivo de estancia que señalaron fue una intervención quirúrgica en 42.5%, le sigue el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad en 27.5%, y traumatismo o accidente en el 20%. No sabe qué contestar el 10% de los adolescentes.

Respecto a la atención en urgencias en el año previo a la realización del estudio, el 29% de los adolescentes acudieron una vez a urgencias y el 27% ≥ 2 veces. El 22% no saben el número de veces.

En cuanto al lugar de la atención urgente se observa en la figura 5 que el hospital guarda un lugar destacado. No encontramos diferencias significativas en cuanto al género ni la edad. El motivo más frecuente de esa atención urgente es traumatismo o accidente en el 43%, le siguen por orden el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad 37%, las intervenciones quirúrgicas son el 6%, el 4% manifiesta otros motivos, y el 12% no sabe, sin que la edad ni al género manifiesten diferencias significativas.

Discusión

Hemos visto que los adolescentes consultan en 6 meses 1.92 veces al médico de cabecera sin que se vea influenciado por la edad o la situación laboral del padre ni de la madre, sin embargo, como también aparece en otros trabajos las mujeres consultan más que los hombres^{4,5}.

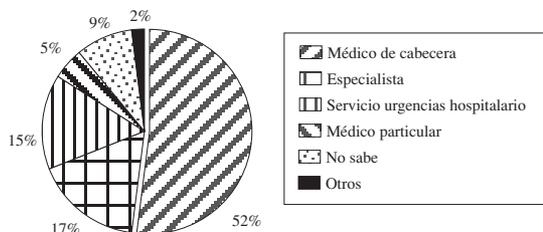
Por otro lado, la clase social del padre está asociada negativamente al número de visitas al médico de cabecera. En la figura 2 podemos ver que los adolescentes cuyos padres tienen una clase social más baja consultan más veces. Numerosos estudios^{6,7} han evidenciado que la relación negativa entre ingresos y utilización suele ser de tipo indirecto a través del estado de salud. Así, la mayor clase social se relaciona con mejores índices de salud y éstos con menor número de visitas al médico. Por contra, los de clase social más baja que tienen peor salud, y por tanto más necesidad, visitan con más frecuencia al médico.

La asociación que vemos en nuestro estudio se explica porque la pertenencia a una familia supone compartir un estatus socioeconómico además de una serie de creencias, actitudes, etc, que ejercen, para algunos autores, una poderosa influencia sobre la conducta individual de búsqueda de atención sanitaria, ya que el sustrato familiar responde casi de la tercera parte de la variabilidad de la utilización individual⁸.

Como vemos en las figuras 3 y 5 los servicios de urgencias hospitalarios ocupan un lugar importante en la atención sanitaria al adolescente. Diferentes pueden ser las causas que expliquen estos resultados, pero, si sumamos la pérdida de su médico de referencia habitual, como es el caso del pediatra, que desorientan al adolescente⁹, junto con los factores organizacionales de las urgencias hospitalarias, sobretudo la accesibilidad y la disponibilidad, podemos comprender esta situación.

La mayoría de los estudios revisados muestran que los principales motivos de consulta de los adolescentes son procesos dermatológicos, del aparato locomotor y de órganos de los sentidos⁹⁻¹⁴, que por otro lado, la importancia de este tipo de patologías características en este grupo de edad pueden relacionarse con los cambios fisiológicos y de la actividad física que tienen lugar durante la adoles-

FIGURA 3. Lugar de la última consulta.



cencia. Nosotros coincidimos en estas observaciones en cuanto a los especialistas más consultados como podemos ver en la figura 4.

FIGURA 4. Porcentaje de especialistas más consultados por género.

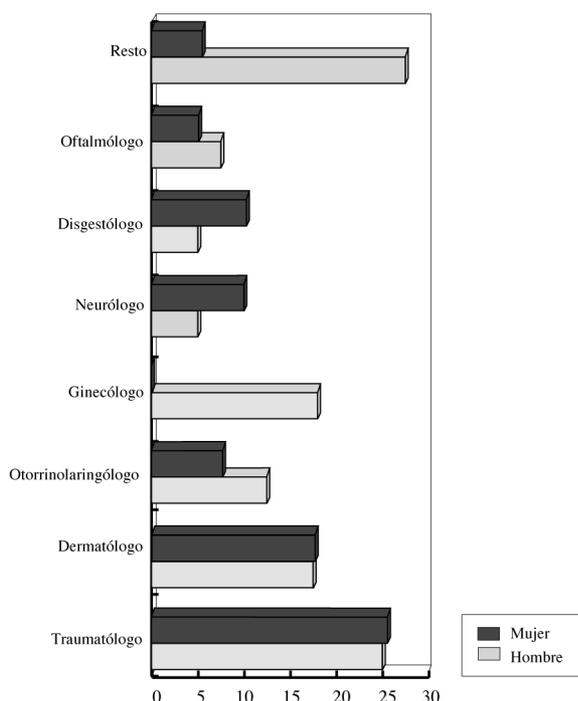
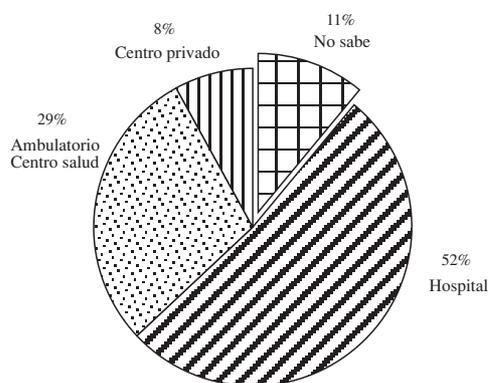


FIGURA 5.



Como conclusiones subrayamos las siguientes:

Los adolescentes conocen mayoritariamente donde tienen su médico de cabecera.

Consultan con mayor frecuencia las mujeres que los hombres al médico de cabecera.

Dentro del sistema de salud la atención en urgencias al adolescente ocupa un lugar importante.

La clase social baja del padre incrementa el número de consultas al médico de cabecera.

Bibliografía

- Domenech A. Pugna médica por el adolescente. *El Médico* 1994; 559: 66 - 79.
- Kurtz R, Borkenstein M. The responsibility of medicine in adolescence. *Pediatr Padol* 1991; 26: 121 - 124.
- Domingo A, Marcos A, Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gacet Sanit* 1989; 10: 320 - 326.
- Frade R, Cabrera A, Niño F, Sarmiento F, Padrón A, Hidalgo M, et al. Estudio de morbilidad asistida en un centro de salud: A propósito de 1370 consultas. *Rev San Hig Pública* 1987; 61: 499 - 507.
- Tarabián JL, Rivas A, Artal T, Plaza O, Hernández P, De Pedraza M, et al. Estudio descriptivo de los indicadores asistenciales en la consulta de la Seguridad Social. *Aten Primaria* 1985; 5: 303 - 304.
- Collins E, Klein R. Equity and National Health Service: self-reported morbidity, access and primary care. *Br Med J* 1980; 281: 1.111 - 1.115.
- Cockerham WC, editor. *The process of seeking medical.* En: *Medical sociology.* New Jersey: Prentice-Hall, 1982; 69 - 100.
- Revilla de la L, Aranda JM, Luna JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de las consultas médicas. *Aten Primaria* 1987; 4: 472 - 480.
- Taracena B. Mortalidad y morbilidad en el adolescente. *Medicine* 1991; 85: 3.269 - 3.273.
- Prandi F. Patología prevalente en el adolescente. *An Esp Ped* 1987; 27 Supl. 29: 75.
- Sánchez L, Cortés F, Gómez A, Gil P, Martín-Carrillo P. Medicina de los adolescentes. *Aten Primaria* 1992; 6: 327 - 332.
- Hernández G. Demografía de la adolescencia en España. *Jano* 1989; 874: 57 - 60.
- Linares V, Serrano A, De Frutos MJ, Álvarez C, Azpiazu M, López F, et al. Motivos de consulta en adolescentes. *Aten Primaria* 1994; 8: 442 - 445.
- Colino R, Fernández A, Picasso A. Utilización de la consulta de atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. *Aten Primaria* 1995; 10: 594 - 600.

ANEXO: FORMULARIO DE LA ENCUESTA

Edad (especificar) _____

Género varón mujer

Vives con...

- Tus padres
- Sólo con tu madre
- Sólo con tu padre
- Con otros familiares (no tus padres)

Profesión del padre (especificar)

Situación laboral del padre

- Trabajando
- Parado
- Jubilado, pensionista

Profesión de la madre (especificar)

Situación laboral de la madre

- Trabajando
- Parada
- Jubilada, pensionista
- Ama de casa

Tú médico de cabecera está en un ... (especificar nombre)

- Centro de salud
- Ambulatorio
- Consultorio rural
- Consulta de compañía privada (Adeslas, Asisa...)
- No sabe

¿Cuántas veces has acudido a tú médico de cabecera en los últimos 6 meses?

- _____
- No sabe

Y refiriéndonos a la última consulta, ¿dónde tuvo lugar?

- Tú médico de cabecera
- Consulta de especialista
- Servicio de urgencia de un hospital
- Consulta de médico particular
- Otras (especificar) _____
- No sabe

¿De qué especialista se trataba? (Contesta solamente si señalas el número 2 de la anterior pregunta)

1 _____

¿Cuál fue el motivo de esta última consulta?

- Diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad
- Revisión
- Sólo dispensación de recetas
- Otros (especificar) _____
- No sabe

¿Cuántas veces has estado hospitalizado?

- _____
- No sabe

Y refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario, ¿podrías decirnos aproximadamente, cuántos días estuviste ingresado en el hospital?

- _____
- No sabe

Y refiriéndonos tan sólo al último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de tu estancia en el hospital?

- Intervención quirúrgica
- Diagnóstico y tratamiento de una enfermedad
- Accidente (traumatismo, caídas, etc.)
- Otros (especificar) _____
- No sabe

Y en total, ¿cuántas veces has tenido que acudir (después de las 3 de la tarde) a algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?

- _____
- No sabe

Refiriéndonos a la última vez que estuviste en un servicio de urgencias en estos últimos 12 meses, señala si este servicio de urgencias pertenecía a:

- Un hospital
- Un ambulatorio o un centro de salud
- Un centro privado de urgencias
- Otros (especificar) _____
- No sabe

Y refiriéndonos a la última vez que estuviste en un servicio de urgencias, ¿cuál fue el motivo?

- Intervención quirúrgica
- Diagnóstico y tratamiento de una enfermedad
- Accidente (traumatismo, caídas, etc.)
- Otros (especificar) _____
- No sabe

ARTICULO DE REVISIÓN

Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria

Vázquez Villegas J¹, Galindo Pelayo J P², Luján Jiménez R¹, Gámez Gámez E², Ramos Muñoz, JA³, Lorente Serna J⁴, Guirau Navarro JE², Delgado Fernández M⁵, Albarracín Vílchez MF⁶.

¹Especialista en MF y C. ZBS de Vúcar (Almería), ²Especialista en MF y C. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería) ³Especialista en MF y C, ⁴Especialista en MF y C. ZBS de Roquetas de Mar (Almería), ⁵Especialista en Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería), ⁶Residente 3º año Unidad Docente MF y C de Almería.

Grupo de Atención al Inmigrante y Enfermedades Importadas de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se considera que en España, el 2% de la población es inmigrante. En Andalucía, desde marzo de 1999 se asegura la atención sanitaria al colectivo de inmigrantes según convenio suscrito entre la Consejería de Salud y diversas organizaciones no gubernamentales. Aunque probablemente la percepción popular sea distinta, el mayor volumen de inmigrantes en nuestro país procede de países desarrollados y especialmente de la Comunidad Europea, pero desde el punto de vista de la salud pública preocupa más el flujo de inmigrantes procedentes de países en desarrollo: Iberoamérica, Filipinas, Guinea Ecuatorial y Marruecos, aunque también apreciable los efectivos originarios de otros países del África Subsahariana, Pakistán y Argelia ¹.

La patología del inmigrante, en conjunto, se puede dividir en: *enfermedades importadas, enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades de base genética*. Por regla general, el inmigrante económico procedente de países en desarrollo suele ser un trabajador manual y de edades jóvenes, gozando de un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen. Sin embargo, la situación en que viven (condiciones sociales, hacinamiento, marginación, soledad, etc.) los convierte en un grupo de riesgo de adquirir, más tarde, enfermedades transmisibles dentro del grupo ².

1. ENFERMEDADES IMPORTADAS

La mayor parte de las *enfermedades importadas* por los inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune ^{3,4} no suponiendo riesgo para la colectividad pero creando dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

1.1. Hepatitis B

Los estudios de prevalencia muestran que la hepatitis B es hiperendémica en África del sur y en el África Subsahariana, siendo el 8-15% de la población portadora crónica del virus y llegando a ser el cáncer de hígado la 1ª-2ª causa de muerte por cáncer en los hombres ^{5,6,7,8}. Por ello, se deben solicitar siempre marcadores virales B. Los que son negativos hay que vacunarlos ya que son población con riesgo de contagio.

1.2. Tuberculosis

La incidencia de la enfermedad tuberculosa en el continente africano es de 272 por 100.000 habitantes, 241 en el Sudeste Asiático y de 130 en el Pacífico Occidental, mientras que sólo es de 23 en los países desarrollados (datos de 1995)⁹. Las características clínicas de esta enfermedad difieren de las de la población autóctona, ya que se detecta más tuberculosis no pulmonar en inmigrantes africanos (intestinal, genitourinaria, ósea, ganglionar, meníngea y pericárdica)

1.3. Malaria (paludismo)¹⁰

Es una infección producida por un protozoo intracelular denominado *Plasmodium*, del cual se conocen cuatro especies: *P. vivax*, *P. ovale*, *P. falciparum* y *P. malariae*. Existen 250 millones de personas infectadas en el continente africano, y es la novena causa de mortalidad en los países del tercer mundo. (ver: http://mosquito.who.int/docs/prescriber18_p1.pdf)

En Europa, el paludismo autóctono no es importante, excepto en algunas zonas rurales de Turquía. En España se registraron 166 casos de paludismo durante el año 1990. Los cuatro tipos de malaria humana presentan síntomas muy similares y el patrón febril de los primeros días de la infección es muy similar al de otras enfermedades bacterianas, virales o parasitarias. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por acceso febril, esplenomegalia y anemia.

La forma más grave y más frecuente en estos países, es la producida por *P. falciparum*, capaz de producir la malaria cerebral y otras complicaciones graves. El *P. vivax* y el *P. ovale* son formas más leves pero pueden presentar recurrencias en intervalos alrededor de los 2 y 5 años respectivamente. Las infecciones por el *P. malariae* pueden presentar episodios febriles hasta 50 años después de la infección. En este caso, hay que tener presente que los niños pueden presentar, como complicación, un síndrome nefrótico.

El diagnóstico se realiza mediante la demostración del agente etiológico por gota gruesa y extensión. Las personas inmigradas de países endémicos pueden estar infectadas y no manifestar ninguna sintomatología a causa de la exposición constante al plasmodio de su país y presentar la enfermedad una vez transcurridos tres meses de su llegada.

A los inmigrantes que vuelvan a su país en condición de visita temporal, se les ha de considerar como viajeros y han de recibir las mismas consideraciones en cuanto a consejos y profilaxis que los viajeros de aquí.

1.4. Sífilis

Se detectan serologías positivas en el 8,5-15% de la población Subsahariana^{11,12,13}. Se debe de solicitar serología luética a todos los inmigrantes procedentes del África Subsahariana

1.5. Otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La importancia de las ETS radica en que la mayoría de personas de este colectivo son hombres jóvenes, sanos, sin pareja, con acceso a la prostitución de bajo nivel y con pocas garantías higiénicas. Por otro lado, la utilización de preservativos en este colectivo está poco extendido. Destacan, además de la sífilis, la gonococia, el linfogranuloma venéreo y el chancro blando. Debemos insistir en las conductas de riesgo y síntomas clínicos que presenten los pacientes para realizar un diagnóstico precoz, pues la prevención de estas ETS también contribuye a la prevención del VIH¹⁴

1.6. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y enfermedad del sida.

El test de detección de HIV (HIV1 y HIV2) debería proponerse a los inmigrantes del África Subsahariana, ya que 7 de cada 10 personas infectadas por el virus viven en estos países, siendo la proporción de 9 de cada 10 cuando hablamos de niños menores de 15 años. En caso de detectarse una TBC se ha de determinar el HIV. La disponibilidad del tratamiento es un incentivo para someterse a la detección^{15,16,17,18,19}.

1.7. Lepra

La lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Se estima que en la actualidad hay en el mundo unos 2,4 millones de leprosos²⁰. Estudios de vigilancia lle-

vados a cabo en 5 países de África Central han demostrado una prevalencia de esta enfermedad del 6-14 por 1000²¹. El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida, a partir de un caso importado, parece mínimo²².

Sospechar la lepra ante la presencia de los signos o síntomas siguientes: lesiones dérmicas anestésicas, parálisis muscular postneurítica y lesiones oculares (queratitis e iridociclitis). La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y detectar el presunto riesgo epidemiológico en los niños y familiares del índice

1.8. Parasitosis

a) Parasitosis intestinales

Distribución geográfica de los principales parásitos intestinales:

A. Entamoeba histolytica:

Distribución mundial.

Zonas de alto riesgo: México, oeste de Sudamérica, Sudáfrica y oeste de África, Egipto, Sudeste asiático, India y Nepal.

B. Giardia lamblia: distribución mundial, sobre todo en países con condiciones higiénicas deficientes.

C. Isospora belli: el Trópico y Sudamérica.

D. Schistosoma mansoni: África y Sudamérica.

E. Schistosoma japonicum: Japón y litoral asiático del Pacífico.

F. Taenia saginata y T. Solium: distribución mundial.

G. Trichiuris trichiura: distribución mundial.

H. Enterobius vermicularis: distribución mundial.

I. Strongyloides stercoralis: regiones tropicales.

J. Ascaris lumbricoides: distribución mundial.

K. Ancylostoma duodenale: Oriente medio y países mediterráneos.

L. Necator americanus: América Central y del Sur y África tropical.

No existe un consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos puesto que la infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. Una de las excepciones la constituye la *Taenia solium* que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infestado, excretando huevos, que una vez ingeridos (en la manipulación de alimentos) pueden producir casos de neurocisticercosis en la población autóctona²³. Las parasitosis intestinales son muy frecuentes en los inmigrantes y en muchas ocasiones múltiples. Los parásitos más frecuentes encontrados son: *Trichiuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinaria*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis* y

Schistosoma sp (la esquistosomiasis es después de la malaria la segunda enfermedad tropical más importante en términos de salud pública, se calcula que unos 200 millones de personas están infectadas en el mundo)²⁴. La esquistosomiasis intestinal tiene otra peculiaridad, y no porque puede ser transmitida en los países desarrollados, que no puede, por falta de hospedadores intermediarios adecuados, sino porque la sintomatología y las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan adultos viables, pudiendo producir patología a nivel intestinal, a nivel hepático con hipertensión portal y sangrado por varices esofágicas (Ver: <http://www.who.int/ctd/schisto/geofull.jpg>).

b) Otras parasitosis

La **esquistosomiasis urinaria** producida por *Schistosoma haematobium* también ha de ser descartada mediante la detección de hematuria en la orina y si esta aparece, con la búsqueda microscópica en el centrifugado de la muestra, puesto que este parásito puede permanecer en las vías urinarias de los inmigrantes pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción ureteral y se le ha relacionado con el cáncer de vejiga. En un estudio realizado en la zona de Roquetas de Mar en 1999 se detectó una prevalencia de esquistosomiasis urinaria en el 19% de inmigrantes subsaharianos estudiados, la mayoría asintomáticos²⁵.

Las **filarias** se detectan en sangre y se han de realizar biopsias cutáneas cuando hay lesiones en piel. La filaria cutánea primordial es el *Onchocerca volvulus* (hiperendémica en África occidental y Central, con focos distribuidos por Centro-Sudamérica y Yemen-Arabia Saudi) (Ver: <http://www.filariasis.org/docs/ReadyE/im.pdf>), la sintomatología predominante es la cutánea, con aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. Ninguna de las filarias son transmisibles en España

2. ENFERMEDADES ADQUIRIDAS

Las migraciones ponen de manifiesto la diversidad de culturas, religiones y formas de entender la vida. El concepto de salud-enfermedad, la relación con los servicios sanitarios, etc., se va a ver influenciado por esa diversidad. Por tanto, si queremos ser eficaces en nuestra labor, es necesario adaptar los mensajes de información y prevención sanitaria a los códigos culturales de los inmigrantes, esto nos lleva a afirmar que los inmigrantes no requieren centros especiales de salud para atender a las enfermedades adquiridas en su nuevo lugar de residencia, lo que necesitan son equipos de trabajo multidisciplinarios que incluyan agentes de salud de esos colectivos, asistentes sociales, etc., que además de poder asesorar al personal sanitario sobre la relación con las diferentes minorías culturales podrían actuar sobre el grupo de enfermedades de adap-

tación y de base social (drogodependencia, enfermedades mentales reactivas, marginación...). Un análisis de las causas de mortalidad de las personas de origen extranjero²⁶ mostró que las máximas diferencias se daban en la mortalidad por causas externas, lo que refleja probablemente sus precarias condiciones de vida y de trabajo

3. ENFERMEDADES DE BASE GENETICA

Dentro de este grupo de enfermedades destacan las anemias hemolíticas, son las que más incidencia tienen en las zonas subsaharianas de África (la incidencia de anemia de células falciformes se estima en 1/40 y casi el 70% de los casos se da en el África Subsahariana, donde más del 2% de los niños nacen con esta enfermedad)²⁷ y se sospechan ante la presencia de una anemia normocítica e hipocrómica con aumento de urobilina y de bilirrubina en orina. Se pueden resumir en dos apartados diferentes según la fisiopatología:

a. Por déficit enzimático:

a.1 Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa

(G6PDH): Se transmite ligada al sexo y se expresa clínicamente en los hombres heterocigóticos y en las mujeres homocigóticas. Las manifestaciones clínicas son las de un síndrome anémico agudo intenso, con cefalea, fiebre e ictericia, poco después de haber administrado medicamentos, haber comido habas o haber padecido infecciones (neumonías, hepatitis...). El tratamiento es paliativo, se ha de evitar el contacto con el factor desencadenante

b. Hemoglobinopatías:

b.1 Hemoglobinopatías estructurales o cualitativas:

Dentro de este grupo la más frecuente en África es la **hemoglobinopatía S** que se transmite de forma autosómica dominante. Los homocigóticos presentarán la anemia por células falciformes que se manifiesta como una anemia crónica con crisis agudas de dolor óseo, infecciones bacterianas y víricas, se diagnostica por electroforesis de hemoglobinas. Recordar que no se debe dar hierro. Las formas heterocigóticas no presentan características particulares excepto en situaciones de hipoxia, en zonas de África occidental la prevalencia de heterocigóticos S oscila entre el 5-40%

b.2 Síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa: Son enfermedades de transmisión autosómica co-dominante. Los síndromes más frecuentes en este grupo son:

b.2.1 Beta talasemia mayor: Se manifiesta en los homocigóticos. Se detecta en los primeros meses de vida y se expresa, clínicamente, por sobrecarga de hierro.

b.2.2 Beta talasemia menor: Es la más frecuente. Su expresividad clínica es más florida ante infecciones, embarazo y situaciones de estrés

4. ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN Y LAS DE BASE SOCIAL

(drogodependencia, enfermedades mentales reactivas a la nueva situación, enfermedades psicosomáticas, etc.). La migración es un factor estresante de primera magnitud: los cambios que comporta y las condiciones de vida de los inmigrantes demandan un esfuerzo de adaptación importante²⁸. En este caso vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de equipos interdisciplinarios, ya que muchas de estas situaciones se solventan con intervenciones de apoyo y servicios sociales²⁹.

CRIBADO A REALIZAR EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS

El cribaje en las personas asintomáticas se ha de hacer, siempre que sea posible, en la primera visita del paciente a la consulta

1. Exploración física por aparatos:

Como es habitual:

- Valorar el estado nutricional
- Exploración de adenopatías
- Valorar la coloración de mucosas
- Exploración cutánea exhaustiva
- Exploración de posibles visceromegalias (bazo, hígado...)
- Exploración cardio-respiratoria

2. Control del estado vacunal:

En los niños:

Revisar el calendario vacunal del niño según el calendario vigente en Andalucía. Si no se dispone de esta información se procederá a la vacunación como si no hubiera sido vacunado. Hay que tener en cuenta que la eficacia de las vacunas aplicadas en el país de origen puede verse alterada, bien por la administración fuera de calendario o por la interrupción de la cadena del frío en la conservación de las mismas. Comprobar si se les ha administrado las vacunas BCG y antihepatitis B al nacer.

En los adultos:

Revisar si se les ha administrado la vacuna antitetánica y antihepatitis B.

Las mujeres en edad fértil, comprobar si también se les ha administrado la vacuna antirubeola

3. Hemograma, recuento y fórmula

Se solicitará, previa conformidad del paciente, de forma sistemática hemograma, recuento y fórmula para detectar hemoglobinopatías. Si se detecta una anemia hipocroma normocítica, practicar electroforesis de hemoglobinas.

La detección de eosinofilia periférica alerta de la posibilidad de parásitos pluricelulares (helminths, cestodos y trematodos).

4. Bioquímica básica.

Pruebas de funcionalismo hepático (AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina), de funcionalismo renal (urea y creatinina) y glucemia

5. Sistemático de orina.

En caso de detectar hematuria es obligado descartar la presencia de *Schistosoma haematobium*

6. Parásitos en heces.

a. Inmigrantes procedentes de zonas de alto riesgo (Sudamérica, países tropicales, Centroamérica y Sudáfrica):

- 1) Estancia en nuestro país menor de 1 año: Se realizará tratamiento sin estudio de parásitos previo^{30,31,37,39,40} con albendazol; 400 mg/día durante 5 días.
- 2) Estancia entre 1-3 años: Estudio de parásitos y tratamiento según resultados.
- 3) Estancia mayor de 3 años: Actitud similar a la población autóctona³¹

b. Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo pero con factores de riesgo (hacinamiento, contacto con enfermos y contactos con pacientes procedentes de países de riesgo):

- 1) Estudio de parásitos y tratamiento si procede

c. Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo y sin factores de riesgo:

- 1) Nos debemos comportar como con la población autóctona.

La justificación a esta actitud se basa en:

- Los parásitos intestinales son endémicos de países tropicales y subtropicales y raramente ocurren en climas templados, pero son importantes los casos importados³⁰.
- La prevalencia de parásitos intestinales patógenos en inmigrantes se encuentra entre el 20%-60%^{31,32,33}.
- Sólo el 11% de inmigrantes con estudio de parásitos en heces positivo presenta sintomatología³⁴
- Existe parasitación múltiple en un 25% en la población de zonas endémicas o de alto riesgo³¹
- Faltan datos para conocer el riesgo de desarrollar enfermedad en los pacientes no tratados³¹
- La prevalencia de parásitos en inmigrantes disminuye con el tiempo de estancia en los países de destino^{31,33,35,36}

7. Mantoux.

8. Serología.

Se debe pedir de forma sistemática:

a. Marcadores del virus de la hepatitis B: HbsAg, HbcAc y HbsAc. En caso de resultado positivo del HbsAg, se ha de hacer detección del virus delta y estudio completo de portador de HbsAg

- b. Serología del virus de la hepatitis C
- c. Serología luética: RPR. En caso de positividad solicitar prueba treponémica (TPHA)
- d. Serología de la rubéola en mujeres de edad fértil
- e. Serología de toxoplasmosis en mujeres gestantes
- f. Serología de VIH1/2

DIAGNOSTICO EN LAS PERSONAS SINTOMÁTICAS SEGÚN LOS SÍNDROMES Y SÍNTOMAS MAS FRECUENTES

Recordar que hay que seguir la misma sistemática que con el resto de nuestros pacientes, teniendo en cuenta, además, las enfermedades que pueden ser adquiridas en los países tropicales y que no existen o son poco frecuentes en nuestro medio.

1. Prurito.

Una buena inspección nos permitirá advertir las lesiones dérmicas y el diagnóstico se hará "de visu" o por un dermatólogo, sabiendo que en los pruritos intensos pueden haber signos cutáneos tales como: excoriaciones lineales, liquenificación de la piel, alteraciones de la pigmentación y xerodermia. Dentro de las enfermedades con las que realizar diagnóstico diferencial en este colectivo de pacientes, hay que descartar:

- Sífilis (puede producir lesiones cutáneas pruriginosas).
- Oncocercosis (piel muy seca, poco elástica, engrosada, con nódulos cutáneos), estrongiloidiasis, loaliasis, larva migrans cutánea, giardiasis, oxiuros.
- Tratamientos con cloroquina en personas de raza negra.
- Ácaros, pulgas, piojos.

Hay que valorar si se trata de un prurito localizado o generalizado y el tiempo transcurrido desde la llegada a nuestro país. Así, por ejemplo, según el tiempo de llegada hay que pensar en:

- La larva migrans cutánea únicamente hay que buscarla en recién llegados o que vienen de una visita a su país.
- La oncocercosis y otras filarias y la giardia se pueden encontrar en personas inmigrantes hasta años después de su llegada a nuestro país.

Si la clínica se presenta como prurito junto a otra sintomatología orientativa ver tabla 1

Las exploraciones complementarias de laboratorio que nos pueden ayudar en el diagnóstico son:

- Parásitos en heces + test de Graham
- Gota fresca de sangre (filarias)

Hemograma completo + bioquímica: si encontramos eosinofilia (oncocercosis, filiarisis, estrongiloidiasis)

Snip cutáneo (extracción de muestra dérmica para oncocercosis): Consiste en realizar una escarificación de las capas más superficiales de la piel que recubre a un nódulo cutáneo sospechoso de oncocercosis mediante una aguja hipodérmica (sin llegar a producir sangrado) y la visualización en fresco de la muestra obtenida al microscopio tras añadir una gota de suero salino.

2. Síndrome febril.

Tres preguntas importantes a tener siempre en cuenta:

- ¿Ha estado el paciente recientemente en el trópico? La respuesta condicionará los tipos de enfermedades en los que hay que pensar
- ¿La fiebre es aguda o crónica? Y finalmente
- ¿La fiebre se acompaña de otros síntomas o signos (como tos, expectoración, disuria, diarrea, ascitis, rigidez de nuca...?)

El diagnóstico habrá que orientarlo teniendo en cuenta las respuestas a estas cuestiones.

A. Fiebre aguda después de viaje al trópico

- Paludismo
- Brucelosis
- Leptospirosis
- Absceso hepático amebiano
- Borreliosis
- Infecciones virales (hemorrágicas y no hemorrágicas)
- Rickettsiosis
- Fiebre tifoidea
- Hepatitis
- Infecciones cutáneas
- Infecciones sépticas ginecológicas

SÍNTOMAS	ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA
Prurito + epigastralgia + eosinofilia	Nematodos intestinales (estrongiloides)
Prurito + lesiones nodulares en sacro, región iliaca, cóccix, pierna o región cefálica	Oncocercosis
Prurito + edema de Kalabar (edema migratorio)	Filarias (loa loa, M.perstans)
Prurito localizado en la región perivulvar con pápulas o nódulos	Lesiones cutáneas por esquistosoma (hacer biopsia)

TABLA 1. Orientaciones diagnósticas en caso de prurito.

B. Fiebre aguda sin viaje reciente al trópico

- Paludismo (formas *P. ovale* y *P. vivax* ya que se acantonan a nivel hepático y años después pueden producir enfermedad, el *P. falciparum* no)
- Absceso hepático amebiano
- Historia epidemiológica... Investigar siempre si algún compañero o amigo ha viajado recientemente al trópico, ya que puede haber importado *anopheles* involuntariamente.

C. Fiebre crónica (en este caso importa menos el viaje)

- Brucelosis
- Tuberculosis
- Leishmaniasis
- Sífilis secundaria
- Tripanosomiasis
- Toxoplasmosis
- Fasciolosis
- Esquistosomiasis toxémica
- Filariasis
- Eritema nodoso de la lepra

Ante cualquier síndrome febril agudo o crónico sin diagnóstico y una vez agotados todos los medios disponibles en Atención primaria, habrá que remitirlo a un centro hospitalario.

3. Epigastralgia y/o dolor abdominal

La epigastralgia es un motivo de consulta muy frecuente en las personas inmigrantes del África occidental. Si existiera la imposibilidad de efectuar un interrogatorio adecuado en relación con las características de este síntoma, para poder orientar el diagnóstico, la actitud más práctica es la siguiente:

1. Administrar los antiácido habituales y solicitar prueba de parásitos en heces y un hemograma. Si el resultado es positivo se trata la parasitosis
2. Si el resultado del frotis es negativo, hay eosinofilia importante (>20%) en sangre periférica, o determinaciones anteriores negativas y mala evolución de los síntomas a pesar del tratamiento con antiácidos hay que derivar al paciente al hospital de referencia para practicar una fibrogastroscoopia para detectar estrongiloides en duodeno.
3. Si hay dolor abdominal difuso y presencia de otra sintomatología sugestiva: febrícula, pérdida de peso, astenia... pensar en una infección tuberculosa

4. Dolor lumbar

Hay que seguir la misma sistemática de estudio que con el resto de los pacientes. No se ha de olvidar la posibilidad de un absceso vertebral por mal de Pott y una espondilitis brucelar

5. Síndrome miccional

Además de las patologías habituales en nuestro medio, pensar en:

Uretritis: Gonocócica, clamydias, micoplasma.

Prostatitis: Pensar que el agente casual sea el esquistosoma.

Epididimitis: También valorar la presencia de esquistosoma.

Vaginitis: El esquistosoma también puede producirla.

Hematuria por esquistosomiasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15:320
2. Bada Ainsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3: 278
3. Balanzó X, Bada JL, González CA. La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme. *Rev San Hig Pub* 1984; 58:769-78.
4. Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:45-8.
5. World Health Organization: Geographical distribution of potential health hazards to travellers: Southern Africa. *International travel and health*. URL: <http://www.who.int/ith/english/africaso.htm>.
6. World Health Organization: Geographical distribution of potential health hazards to travellers: Sub-Saharan Africa. *International travel and health*. URL: <http://www.who.int/ith/english/africasu.htm>.
7. WHO Information. Hepatitis B. Fact Sheet WHO/204. November 1998.
8. Bertherat E, Georges-Courbot MC, Nabias R, Georges AJ, Renault MD. Seroprevalence of four sexually transmitted diseases in a semi-urban population of Gabon. *International Journal of STD and AIDS* 1998; 9:31-6.
9. Dolin PJ, Raciglione Mc, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO* 1994; 72:213-20.
10. López-Vélez. Enfermedades infecciosas en inmigrantes. *FMC* 1996; 3:281-82.
11. Verner E, Shteinfeld M, Raz R, Sofer N, Sartickl J, Sanbank J, Zuckerman F. Diagnostics and therapeutic approach to Ethiopian immigrants seropositive for syphilis. *Irs J Med Sci* 1988; 24:151-55.
12. Bertherat E, Georges-Courbot MC, Nabias R, Georges AJ, Renault MD. Seroprevalence of four sexually transmitted diseases in a semi-urban population of Gabon. *International Journal of STD and AIDS* 1998; 9:31-6.
13. UNAIDS: El SIDA en África. URL: <http://www.unaids.org/publication/documents/epidemiology/determinants/saspap98.html>
14. Jaumá Pou RM, Viñamata Paschkes B, Gascón Brustenga J, Menéndez Santos C, Cocharán Cuyás M, Camps Cura N et al. Protocolo marco de aplicación sistemática al inmigrante del África occidental en atención primaria de salud. *Región Sanitaria de Girona* 1995 (marzo); 8
15. ONUSIDA/OMS: Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. 1997.
16. Hanna Zowall MA, Rod D, Frase PD, Norbert Gilmore PD, Antal Deutsch PD, Steven Grover MD. HIV antibody screening among immigrants: a cost-benefit analysis. *Can Med Assoc J* 1990; 143:2
17. World Health Organization: Resumen mundial sobre la pandemia VIH/SIDA. *Wkly Epidemiol Rec* 1998; 7:1-4
18. UNAIDS: El SIDA en África. URL: <http://www.unaids.org/publication/documents/epidemiology/determinants/saspap98.html>

19. Bouree P, Lamour P, Bizarro F, Didier E. Study of an HIV positive tropical origin population in refugee center in France. *Bull Soc Pathol Exot* 1995; 88: 24-8.
20. Noordeen Sk. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. *Bull WHO* 1995; 73: 1-6.
21. Louis JP, Merlin M, José R, Trebucq A, Drevet D, Desfontaine M et al. Enquetes de prevalence de la lepre dans 5 pays d'Afrique Centrale. *Acta Leprol* 1991; 7: 347-50.
22. Dockrell HM, Eastcott H, Young S, MC Farlane A, Hussain R, Waters MFR. Possible transmisión of *Mycobacterium leprae* in a group of UK leprosy contacts. *Lancet* 1991; 338:739-43.
23. Richards F, Schantz PM. Cisticercosis and taeniasis. *N Engl J Med* 1985; 312:787-88.
24. WHO: Schistosomiasis, epidemiological data/geographical distribution. URL: <http://www.who.int/ctd/schisto/epidemo.htm>
25. Vázquez Villegas J, Ramos González R, García Tortosa C, Gómez Díaz MJ, Gámez Gámez E, Lorente Serna J et al. Esquistosomiasis urinaria en inmigrantes africanos. *Aten primaria* 1998; 22 Supl 1:255
26. Jansá JM, Montellá N, Valero C, Villalbí JR. La salut dels immigrants estrangers. Aportacions de l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona. *Barcelona Societat*. 1994; 3:131-38
27. World Health Organization: Human Genetics Programme. URL: <http://www.who.int/ned/hgn/overview.htm>. 2000
28. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten primaria* 1995; 15:321
29. Bada Ainsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3:228
30. Muenning P, Pallin D, Randall L S, Man-Suen Ch. The cost effectiveness of strategies for the treatment of intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med* 1999; 340:773-79
31. Salas S, Heifetz R, Barrett-Connor E. Intestinal parasitosis in Central American Immigrants in the United States. *Arch Intern Med* 1990; 150:1514-516.
32. Hoffman SL, Barrett-Connor E, Norcross, W. Intestinal parasites in Indochinese immigrants. *Am J Trop Med Hyg* 1981; 30: 340-43.
33. Wiesberg GR, Sommenschein E, Dyer AR, Schnadig V, Bonilla E. Prevalence of intestinal parasites in Latino residents of Chicago. *Am J Epidemiol* 1975; 102: 526-32.
34. Adair R, Nwaneri MO. Communicable disease in African immigrants in Minneapolis. *Arch Intern Med* 1999; 159: 83-5
35. Pierz JJ, Lau T, Lepow ML. Prevalence of parasites in Puerto Rican and black children of Hartford, Connecticut. *Conn Med*. 1973; 37: 291-94
36. Hargus EP, Lepow M, Lau T, Colon AR. Intestinal parasitosis in childhood populations of Latin origin. Lessons from a survey of 129 such children in Hartford Connecticut. *Clin Pediatr* 1976; 15: 927-29
37. Geltman P, Meyers A. Treatment on intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med* 1999; 341:377-78.
38. Sarfaty M, Rosenberg Z, Siegel J, Levin RM. Intestinal parasites in immigrant children from Central America. *West J Med* 1983; 139:329-31.
39. Lerman D, Barrett-Connor E, Norcross W. Intestinal parasites in asymptomatic adult Southeast Asian immigrants. *J Fam Pract* 1982; 15:443-46.
40. Flores EC, Plumb SC, McNeese MC. Intestinal parasitosis in an urban pediatric clinic population. *Am J Dis Child* 1983; 137:754-56

ARTICULO DE REVISIÓN

Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria

Vázquez Villegas J¹, Galindo Pelayo J P², Luján Jiménez R¹, Gámez Gámez E², Ramos Muñoz, JA³, Lorente Serna J⁴, Guirau Navarro JE², Delgado Fernández M⁵, Albarracín Vílchez MF⁶.

¹Especialista en MF y C. ZBS de Vúcar (Almería), ²Especialista en MF y C. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería) ³Especialista en MF y C, ⁴Especialista en MF y C. ZBS de Roquetas de Mar (Almería), ⁵Especialista en Medicina Interna. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería), ⁶Residente 3º año Unidad Docente MF y C de Almería.

Grupo de Atención al Inmigrante y Enfermedades Importadas de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se considera que en España, el 2% de la población es inmigrante. En Andalucía, desde marzo de 1999 se asegura la atención sanitaria al colectivo de inmigrantes según convenio suscrito entre la Consejería de Salud y diversas organizaciones no gubernamentales. Aunque probablemente la percepción popular sea distinta, el mayor volumen de inmigrantes en nuestro país procede de países desarrollados y especialmente de la Comunidad Europea, pero desde el punto de vista de la salud pública preocupa más el flujo de inmigrantes procedentes de países en desarrollo: Iberoamérica, Filipinas, Guinea Ecuatorial y Marruecos, aunque también apreciable los efectivos originarios de otros países del África Subsahariana, Pakistán y Argelia ¹.

La patología del inmigrante, en conjunto, se puede dividir en: *enfermedades importadas, enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación y enfermedades de base genética*. Por regla general, el inmigrante económico procedente de países en desarrollo suele ser un trabajador manual y de edades jóvenes, gozando de un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen. Sin embargo, la situación en que viven (condiciones sociales, hacinamiento, marginación, soledad, etc.) los convierte en un grupo de riesgo de adquirir, más tarde, enfermedades transmisibles dentro del grupo ².

1. ENFERMEDADES IMPORTADAS

La mayor parte de las *enfermedades importadas* por los inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune ^{3,4} no suponiendo riesgo para la colectividad pero creando dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

1.1. Hepatitis B

Los estudios de prevalencia muestran que la hepatitis B es hiperendémica en África del sur y en el África Subsahariana, siendo el 8-15% de la población portadora crónica del virus y llegando a ser el cáncer de hígado la 1ª-2ª causa de muerte por cáncer en los hombres ^{5,6,7,8}. Por ello, se deben solicitar siempre marcadores virales B. Los que son negativos hay que vacunarlos ya que son población con riesgo de contagio.

1.2. Tuberculosis

La incidencia de la enfermedad tuberculosa en el continente africano es de 272 por 100.000 habitantes, 241 en el Sudeste Asiático y de 130 en el Pacífico Occidental, mientras que sólo es de 23 en los países desarrollados (datos de 1995)⁹. Las características clínicas de esta enfermedad difieren de las de la población autóctona, ya que se detecta más tuberculosis no pulmonar en inmigrantes africanos (intestinal, genitourinaria, ósea, ganglionar, meníngea y pericárdica)

1.3. Malaria (paludismo)¹⁰

Es una infección producida por un protozoo intracelular denominado *Plasmodium*, del cual se conocen cuatro especies: *P. vivax*, *P. ovale*, *P. falciparum* y *P. malariae*. Existen 250 millones de personas infectadas en el continente africano, y es la novena causa de mortalidad en los países del tercer mundo. (ver: http://mosquito.who.int/docs/prescriber18_p1.pdf)

En Europa, el paludismo autóctono no es importante, excepto en algunas zonas rurales de Turquía. En España se registraron 166 casos de paludismo durante el año 1990. Los cuatro tipos de malaria humana presentan síntomas muy similares y el patrón febril de los primeros días de la infección es muy similar al de otras enfermedades bacterianas, virales o parasitarias. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por acceso febril, esplenomegalia y anemia.

La forma más grave y más frecuente en estos países, es la producida por *P. falciparum*, capaz de producir la malaria cerebral y otras complicaciones graves. El *P. vivax* y el *P. ovale* son formas más leves pero pueden presentar recurrencias en intervalos alrededor de los 2 y 5 años respectivamente. Las infecciones por el *P. malariae* pueden presentar episodios febriles hasta 50 años después de la infección. En este caso, hay que tener presente que los niños pueden presentar, como complicación, un síndrome nefrótico.

El diagnóstico se realiza mediante la demostración del agente etiológico por gota gruesa y extensión. Las personas inmigradas de países endémicos pueden estar infectadas y no manifestar ninguna sintomatología a causa de la exposición constante al plasmodio de su país y presentar la enfermedad una vez transcurridos tres meses de su llegada.

A los inmigrantes que vuelvan a su país en condición de visita temporal, se les ha de considerar como viajeros y han de recibir las mismas consideraciones en cuanto a consejos y profilaxis que los viajeros de aquí.

1.4. Sífilis

Se detectan serologías positivas en el 8,5-15% de la población Subsahariana^{11,12,13}. Se debe de solicitar serología luética a todos los inmigrantes procedentes del África Subsahariana

1.5. Otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)

La importancia de las ETS radica en que la mayoría de personas de este colectivo son hombres jóvenes, sanos, sin pareja, con acceso a la prostitución de bajo nivel y con pocas garantías higiénicas. Por otro lado, la utilización de preservativos en este colectivo está poco extendido. Destacan, además de la sífilis, la gonococia, el linfogranuloma venéreo y el chancro blando. Debemos insistir en las conductas de riesgo y síntomas clínicos que presenten los pacientes para realizar un diagnóstico precoz, pues la prevención de estas ETS también contribuye a la prevención del VIH¹⁴

1.6. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y enfermedad del sida.

El test de detección de HIV (HIV1 y HIV2) debería proponerse a los inmigrantes del África Subsahariana, ya que 7 de cada 10 personas infectadas por el virus viven en estos países, siendo la proporción de 9 de cada 10 cuando hablamos de niños menores de 15 años. En caso de detectarse una TBC se ha de determinar el HIV. La disponibilidad del tratamiento es un incentivo para someterse a la detección^{15,16,17,18,19}.

1.7. Lepra

La lepra continúa siendo uno de los graves problemas de salud en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina. Se estima que en la actualidad hay en el mundo unos 2,4 millones de leprosos²⁰. Estudios de vigilancia lle-

vados a cabo en 5 países de África Central han demostrado una prevalencia de esta enfermedad del 6-14 por 1000²¹. El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida, a partir de un caso importado, parece mínimo²².

Sospechar la lepra ante la presencia de los signos o síntomas siguientes: lesiones dérmicas anestésicas, parálisis muscular postneurítica y lesiones oculares (queratitis e iridociclitis). La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y detectar el presunto riesgo epidemiológico en los niños y familiares del índice

1.8. Parasitosis

a) Parasitosis intestinales

Distribución geográfica de los principales parásitos intestinales:

A. Entamoeba histolytica:

Distribución mundial.

Zonas de alto riesgo: México, oeste de Sudamérica, Sudáfrica y oeste de África, Egipto, Sudeste asiático, India y Nepal.

B. Giardia lamblia: distribución mundial, sobre todo en países con condiciones higiénicas deficientes.

C. Isospora belli: el Trópico y Sudamérica.

D. Schistosoma mansoni: África y Sudamérica.

E. Schistosoma japonicum: Japón y litoral asiático del Pacífico.

F. Taenia saginata y T. Solium: distribución mundial.

G. Trichiuris trichiura: distribución mundial.

H. Enterobius vermicularis: distribución mundial.

I. Strongyloides stercoralis: regiones tropicales.

J. Ascaris lumbricoides: distribución mundial.

K. Ancyostoma duodenale: Oriente medio y países mediterráneos.

L. Necator americanus: América Central y del Sur y África tropical.

No existe un consenso sobre el beneficio del estudio coproparasitológico rutinario en inmigrantes asintomáticos puesto que la infestación por helmintos intestinales no suele correlacionarse con enfermedad, generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. Una de las excepciones la constituye la *Taenia solium* que puede sobrevivir durante años en el tubo digestivo del infestado, excretando huevos, que una vez ingeridos (en la manipulación de alimentos) pueden producir casos de neurocisticercosis en la población autóctona²³. Las parasitosis intestinales son muy frecuentes en los inmigrantes y en muchas ocasiones múltiples. Los parásitos más frecuentes encontrados son: *Trichiuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Uncinaria*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis* y

Schistosoma sp (la esquistosomiasis es después de la malaria la segunda enfermedad tropical más importante en términos de salud pública, se calcula que unos 200 millones de personas están infectadas en el mundo)²⁴. La esquistosomiasis intestinal tiene otra peculiaridad, y no porque puede ser transmitida en los países desarrollados, que no puede, por falta de hospedadores intermediarios adecuados, sino porque la sintomatología y las complicaciones aparecen años después, incluso sin que existan adultos viables, pudiendo producir patología a nivel intestinal, a nivel hepático con hipertensión portal y sangrado por varices esofágicas (Ver: <http://www.who.int/ctd/schisto/geofull.jpg>).

b) Otras parasitosis

La **esquistosomiasis urinaria** producida por *Schistosoma haematobium* también ha de ser descartada mediante la detección de hematuria en la orina y si esta aparece, con la búsqueda microscópica en el centrifugado de la muestra, puesto que este parásito puede permanecer en las vías urinarias de los inmigrantes pudiendo ocasionar cuadros de obstrucción ureteral y se le ha relacionado con el cáncer de vejiga. En un estudio realizado en la zona de Roquetas de Mar en 1999 se detectó una prevalencia de esquistosomiasis urinaria en el 19% de inmigrantes subsaharianos estudiados, la mayoría asintomáticos²⁵.

Las **filarias** se detectan en sangre y se han de realizar biopsias cutáneas cuando hay lesiones en piel. La filaria cutánea primordial es el *Onchocerca volvulus* (hiperendémica en África occidental y Central, con focos distribuidos por Centro-Sudamérica y Yemen-Arabia Saudí) (Ver: <http://www.filariasis.org/docs/ReadyE/im.pdf>), la sintomatología predominante es la cutánea, con aparición de nódulos subcutáneos, prurito generalizado y envejecimiento prematuro de la piel. Ninguna de las filarias son transmisibles en España

2. ENFERMEDADES ADQUIRIDAS

Las migraciones ponen de manifiesto la diversidad de culturas, religiones y formas de entender la vida. El concepto de salud-enfermedad, la relación con los servicios sanitarios, etc., se va a ver influenciado por esa diversidad. Por tanto, si queremos ser eficaces en nuestra labor, es necesario adaptar los mensajes de información y prevención sanitaria a los códigos culturales de los inmigrantes, esto nos lleva a afirmar que los inmigrantes no requieren centros especiales de salud para atender a las enfermedades adquiridas en su nuevo lugar de residencia, lo que necesitan son equipos de trabajo multidisciplinarios que incluyan agentes de salud de esos colectivos, asistentes sociales, etc., que además de poder asesorar al personal sanitario sobre la relación con las diferentes minorías culturales podrían actuar sobre el grupo de enfermedades de adap-

tación y de base social (drogodependencia, enfermedades mentales reactivas, marginación...). Un análisis de las causas de mortalidad de las personas de origen extranjero²⁶ mostró que las máximas diferencias se daban en la mortalidad por causas externas, lo que refleja probablemente sus precarias condiciones de vida y de trabajo

3. ENFERMEDADES DE BASE GENETICA

Dentro de este grupo de enfermedades destacan las anemias hemolíticas, son las que más incidencia tienen en las zonas subsaharianas de África (la incidencia de anemia de células falciformes se estima en 1/40 y casi el 70% de los casos se da en el África Subsahariana, donde más del 2% de los niños nacen con esta enfermedad)²⁷ y se sospechan ante la presencia de una anemia normocítica e hipocrómica con aumento de urobilina y de bilirrubina en orina. Se pueden resumir en dos apartados diferentes según la fisiopatología:

a. Por déficit enzimático:

a.1 Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa

(G6PDH): Se transmite ligada al sexo y se expresa clínicamente en los hombres heterocigóticos y en las mujeres homocigóticas. Las manifestaciones clínicas son las de un síndrome anémico agudo intenso, con cefalea, fiebre e ictericia, poco después de haber administrado medicamentos, haber comido habas o haber padecido infecciones (neumonías, hepatitis...). El tratamiento es paliativo, se ha de evitar el contacto con el factor desencadenante

b. Hemoglobinopatías:

b.1 Hemoglobinopatías estructurales o cualitativas:

Dentro de este grupo la más frecuente en África es la **hemoglobinopatía S** que se transmite de forma autosómica dominante. Los homocigóticos presentarán la anemia por células falciformes que se manifiesta como una anemia crónica con crisis agudas de dolor óseo, infecciones bacterianas y víricas, se diagnostica por electroforesis de hemoglobinas. Recordar que no se debe dar hierro. Las formas heterocigóticas no presentan características particulares excepto en situaciones de hipoxia, en zonas de África occidental la prevalencia de heterocigóticos S oscila entre el 5-40%

b.2 Síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa: Son enfermedades de transmisión autosómica co-dominante. Los síndromes más frecuentes en este grupo son:

b.2.1 Beta talasemia mayor: Se manifiesta en los homocigóticos. Se detecta en los primeros meses de vida y se expresa, clínicamente, por sobrecarga de hierro.

b.2.2 Beta talasemia menor: Es la más frecuente. Su expresividad clínica es más florida ante infecciones, embarazo y situaciones de estrés

4. ENFERMEDADES REACTIVAS O DE ADAPTACIÓN Y LAS DE BASE SOCIAL

(drogodependencia, enfermedades mentales reactivas a la nueva situación, enfermedades psicosomáticas, etc.). La migración es un factor estresante de primera magnitud: los cambios que comporta y las condiciones de vida de los inmigrantes demandan un esfuerzo de adaptación importante²⁸. En este caso vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de equipos interdisciplinarios, ya que muchas de estas situaciones se solventan con intervenciones de apoyo y servicios sociales²⁹.

CRIBADO A REALIZAR EN PERSONAS ASINTOMÁTICAS

El cribaje en las personas asintomáticas se ha de hacer, siempre que sea posible, en la primera visita del paciente a la consulta

1. Exploración física por aparatos:

Como es habitual:

- Valorar el estado nutricional
- Exploración de adenopatías
- Valorar la coloración de mucosas
- Exploración cutánea exhaustiva
- Exploración de posibles visceromegalias (bazo, hígado...)
- Exploración cardio-respiratoria

2. Control del estado vacunal:

En los niños:

Revisar el calendario vacunal del niño según el calendario vigente en Andalucía. Si no se dispone de esta información se procederá a la vacunación como si no hubiera sido vacunado. Hay que tener en cuenta que la eficacia de las vacunas aplicadas en el país de origen puede verse alterada, bien por la administración fuera de calendario o por la interrupción de la cadena del frío en la conservación de las mismas. Comprobar si se les ha administrado las vacunas BCG y antihepatitis B al nacer.

En los adultos:

Revisar si se les ha administrado la vacuna antitetánica y antihepatitis B.

Las mujeres en edad fértil, comprobar si también se les ha administrado la vacuna antirubeola

3. Hemograma, recuento y fórmula

Se solicitará, previa conformidad del paciente, de forma sistemática hemograma, recuento y fórmula para detectar hemoglobinopatías. Si se detecta una anemia hipocroma normocítica, practicar electroforesis de hemoglobinas.

La detección de eosinofilia periférica alerta de la posibilidad de parásitos pluricelulares (helminths, cestodos y trematodos).

4. Bioquímica básica.

Pruebas de funcionalismo hepático (AST, ALT, GGT y fosfatasa alcalina), de funcionalismo renal (urea y creatinina) y glucemia

5. Sistemático de orina.

En caso de detectar hematuria es obligado descartar la presencia de *Schistosoma haematobium*

6. Parásitos en heces.

a. Inmigrantes procedentes de zonas de alto riesgo (Sudamérica, países tropicales, Centroamérica y Sudáfrica):

- 1) Estancia en nuestro país menor de 1 año: Se realizará tratamiento sin estudio de parásitos previo^{30,31,37,39,40} con albendazol; 400 mg/día durante 5 días.
- 2) Estancia entre 1-3 años: Estudio de parásitos y tratamiento según resultados.
- 3) Estancia mayor de 3 años: Actitud similar a la población autóctona³¹

b. Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo pero con factores de riesgo (hacinamiento, contacto con enfermos y contactos con pacientes procedentes de países de riesgo):

- 1) Estudio de parásitos y tratamiento si procede

c. Inmigrantes procedentes de países no de alto riesgo y sin factores de riesgo:

- 1) Nos debemos comportar como con la población autóctona.

La justificación a esta actitud se basa en:

- Los parásitos intestinales son endémicos de países tropicales y subtropicales y raramente ocurren en climas templados, pero son importantes los casos importados³⁰.
- La prevalencia de parásitos intestinales patógenos en inmigrantes se encuentra entre el 20%-60%^{31,32,33}.
- Sólo el 11% de inmigrantes con estudio de parásitos en heces positivo presenta sintomatología³⁴
- Existe parasitación múltiple en un 25% en la población de zonas endémicas o de alto riesgo³¹
- Faltan datos para conocer el riesgo de desarrollar enfermedad en los pacientes no tratados³¹
- La prevalencia de parásitos en inmigrantes disminuye con el tiempo de estancia en los países de destino^{31,33,35,36}

7. Mantoux.

8. Serología.

Se debe pedir de forma sistemática:

a. Marcadores del virus de la hepatitis B: HbsAg, HbcAc y HbsAc. En caso de resultado positivo del HbsAg, se ha de hacer detección del virus delta y estudio completo de portador de HbsAg

- b. Serología del virus de la hepatitis C
- c. Serología luética: RPR. En caso de positividad solicitar prueba treponémica (TPHA)
- d. Serología de la rubéola en mujeres de edad fértil
- e. Serología de toxoplasmosis en mujeres gestantes
- f. Serología de VIH1/2

DIAGNOSTICO EN LAS PERSONAS SINTOMÁTICAS SEGÚN LOS SÍNDROMES Y SÍNTOMAS MAS FRECUENTES

Recordar que hay que seguir la misma sistemática que con el resto de nuestros pacientes, teniendo en cuenta, además, las enfermedades que pueden ser adquiridas en los países tropicales y que no existen o son poco frecuentes en nuestro medio.

1. Prurito.

Una buena inspección nos permitirá advertir las lesiones dérmicas y el diagnóstico se hará "de visu" o por un dermatólogo, sabiendo que en los pruritos intensos pueden haber signos cutáneos tales como: excoriaciones lineales, liquenificación de la piel, alteraciones de la pigmentación y xerodermia. Dentro de las enfermedades con las que realizar diagnóstico diferencial en este colectivo de pacientes, hay que descartar:

- Sífilis (puede producir lesiones cutáneas pruriginosas).
- Oncocercosis (piel muy seca, poco elástica, engrosada, con nódulos cutáneos), estrongiloidiasis, loaliasis, larva migrans cutánea, giardiasis, oxiuros.
- Tratamientos con cloroquina en personas de raza negra.
- Ácaros, pulgas, piojos.

Hay que valorar si se trata de un prurito localizado o generalizado y el tiempo transcurrido desde la llegada a nuestro país. Así, por ejemplo, según el tiempo de llegada hay que pensar en:

- La larva migrans cutánea únicamente hay que buscarla en recién llegados o que vienen de una visita a su país.
- La oncocercosis y otras filarias y la giardia se pueden encontrar en personas inmigrantes hasta años después de su llegada a nuestro país.

Si la clínica se presenta como prurito junto a otra sintomatología orientativa ver tabla 1

Las exploraciones complementarias de laboratorio que nos pueden ayudar en el diagnóstico son:

- Parásitos en heces + test de Graham
- Gota fresca de sangre (filarias)

Hemograma completo + bioquímica: si encontramos eosinofilia (oncocercosis, filiarisis, estrongiloidiasis)

Snip cutáneo (extracción de muestra dérmica para oncocercosis): Consiste en realizar una escarificación de las capas más superficiales de la piel que recubre a un nódulo cutáneo sospechoso de oncocercosis mediante una aguja hipodérmica (sin llegar a producir sangrado) y la visualización en fresco de la muestra obtenida al microscopio tras añadir una gota de suero salino.

2. Síndrome febril.

Tres preguntas importantes a tener siempre en cuenta:

¿Ha estado el paciente recientemente en el trópico?

La respuesta condicionará los tipos de enfermedades en los que hay que pensar

¿La fiebre es aguda o crónica?

Y finalmente

¿La fiebre se acompaña de otros síntomas o signos (como tos, expectoración, disuria, diarrea, ascitis, rigidez de nuca...?)

El diagnóstico habrá que orientarlo teniendo en cuenta las respuestas a estas cuestiones.

A. Fiebre aguda después de viaje al trópico

- Paludismo
- Brucelosis
- Leptospirosis
- Absceso hepático amebiano
- Borreliosis
- Infecciones virales (hemorrágicas y no hemorrágicas)
- Rickettsiosis
- Fiebre tifoidea
- Hepatitis
- Infecciones cutáneas
- Infecciones sépticas ginecológicas

SÍNTOMAS	ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA
Prurito + epigastralgia + eosinofilia	Nematodos intestinales (estrongiloides)
Prurito + lesiones nodulares en sacro, región iliaca, cóccix, pierna o región cefálica	Oncocercosis
Prurito + edema de Kalabar (edema migratorio)	Filarias (loa loa, M.perstans)
Prurito localizado en la región perivulvar con pápulas o nódulos	Lesiones cutáneas por esquistosoma (hacer biopsia)

TABLA 1. Orientaciones diagnósticas en caso de prurito.

B. Fiebre aguda sin viaje reciente al trópico

- Paludismo (formas *P. ovale* y *P. vivax* ya que se acantonan a nivel hepático y años después pueden producir enfermedad, el *P. falciparum* no)
- Absceso hepático amebiano
- Historia epidemiológica... Investigar siempre si algún compañero o amigo ha viajado recientemente al trópico, ya que puede haber importado *anopheles* involuntariamente.

C. Fiebre crónica (en este caso importa menos el viaje)

- Brucelosis
- Tuberculosis
- Leishmaniasis
- Sífilis secundaria
- Tripanosomiasis
- Toxoplasmosis
- Fasciolosis
- Esquistosomiasis toxémica
- Filariasis
- Eritema nodoso de la lepra

Ante cualquier síndrome febril agudo o crónico sin diagnóstico y una vez agotados todos los medios disponibles en Atención primaria, habrá que remitirlo a un centro hospitalario.

3. Epigastralgia y/o dolor abdominal

La epigastralgia es un motivo de consulta muy frecuente en las personas inmigrantes del África occidental. Si existiera la imposibilidad de efectuar un interrogatorio adecuado en relación con las características de este síntoma, para poder orientar el diagnóstico, la actitud más práctica es la siguiente:

1. Administrar los antiácido habituales y solicitar prueba de parásitos en heces y un hemograma. Si el resultado es positivo se trata la parasitosis
2. Si el resultado del frotis es negativo, hay eosinofilia importante (>20%) en sangre periférica, o determinaciones anteriores negativas y mala evolución de los síntomas a pesar del tratamiento con antiácidos hay que derivar al paciente al hospital de referencia para practicar una fibrogastroscoopia para detectar estrongiloides en duodeno.
3. Si hay dolor abdominal difuso y presencia de otra sintomatología sugestiva: febrícula, pérdida de peso, astenia... pensar en una infección tuberculosa

4. Dolor lumbar

Hay que seguir la misma sistemática de estudio que con el resto de los pacientes. No se ha de olvidar la posibilidad de un absceso vertebral por mal de Pott y una espondilitis brucelar

5. Síndrome miccional

Además de las patologías habituales en nuestro medio, pensar en:

Uretritis: Gonocócica, clamydias, micoplasma.

Prostatitis: Pensar que el agente casual sea el esquistosoma.

Epididimitis: También valorar la presencia de esquistosoma.

Vaginitis: El esquistosoma también puede producirla.

Hematuria por esquistosomiasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15:320
2. Bada Ainsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3: 278
3. Balanzó X, Bada JL, González CA. La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme. *Rev San Hig Pub* 1984; 58:769-78.
4. Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:45-8.
5. World Health Organization: Geographical distribution of potential health hazards to travellers: Southern Africa. *International travel and health*. URL: <http://www.who.int/ith/english/africaso.htm>.
6. World Health Organization: Geographical distribution of potential health hazards to travellers: Sub-Saharan Africa. *International travel and health*. URL: <http://www.who.int/ith/english/africasu.htm>.
7. WHO Information. Hepatitis B. Fact Sheet WHO/204. November 1998.
8. Bertherat E, Georges-Courbot MC, Nabias R, Georges AJ, Renault MD. Seroprevalence of four sexually transmitted diseases in a semi-urban population of Gabon. *International Journal of STD and AIDS* 1998; 9:31-6.
9. Dolin PJ, Raciglione Mc, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull WHO* 1994; 72:213-20.
10. López-Vélez. Enfermedades infecciosas en inmigrantes. *FMC* 1996; 3:281-82.
11. Verner E, Shteinfeld M, Raz R, Sofer N, Sartickl J, Sanbank J, Zuckerman F. Diagnostics and therapeutic approach to Ethiopian immigrants seropositive for syphilis. *Irs J Med Sci* 1988; 24:151-55.
12. Bertherat E, Georges-Courbot MC, Nabias R, Georges AJ, Renault MD. Seroprevalence of four sexually transmitted diseases in a semi-urban population of Gabon. *International Journal of STD and AIDS* 1998; 9:31-6.
13. UNAIDS: El SIDA en África. URL: <http://www.unaids.org/publication/documents/epidemiology/determinants/saspap98.html>
14. Jaumá Pou RM, Viñamata Paschkes B, Gascón Brustenga J, Menéndez Santos C, Cocharán Cuyás M, Camps Cura N et al. Protocolo marco de aplicación sistemática al inmigrante del África occidental en atención primaria de salud. *Región Sanitaria de Girona* 1995 (marzo); 8
15. ONUSIDA/OMS: Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. 1997.
16. Hanna Zowall MA, Rod D, Frase PD, Norbert Gilmore PD, Antal Deutsch PD, Steven Grover MD. HIV antibody screening among immigrants: a cost-benefit analysis. *Can Med Assoc J* 1990; 143:2
17. World Health Organization: Resumen mundial sobre la pandemia VIH/SIDA. *Wkly Epidemiol Rec* 1998; 7:1-4
18. UNAIDS: El SIDA en África. URL: <http://www.unaids.org/publication/documents/epidemiology/determinants/saspap98.html>

19. Bouree P, Lamour P, Bizarro F, Didier E. Study of an HIV positive tropical origin population in refugee center in France. *Bull Soc Pathol Exot* 1995; 88: 24-8.
20. Noordeen Sk. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. *Bull WHO* 1995; 73: 1-6.
21. Louis JP, Merlin M, José R, Trebucq A, Drevet D, Desfontaine M et al. Enquetes de prevalence de la lepre dans 5 pays d'Afrique Centrale. *Acta Leprol* 1991; 7: 347-50.
22. Dockrell HM, Eastcott H, Young S, MC Farlane A, Hussain R, Waters MFR. Possible transmisión of *Mycobacterium leprae* in a group of UK leprosy contacts. *Lancet* 1991; 338:739-43.
23. Richards F, Schantz PM. Cisticercosis and taeniasis. *N Engl J Med* 1985; 312:787-88.
24. WHO: Schistosomiasis, epidemiological data/geographical distribution. URL: <http://www.who.int/ctd/schisto/epidemiology.htm>
25. Vázquez Villegas J, Ramos González R, García Tortosa C, Gómez Díaz MJ, Gámez Gámez E, Lorente Serna J et al. Esquistosomiasis urinaria en inmigrantes africanos. *Aten primaria* 1998; 22 Supl 1:255
26. Jansá JM, Montellá N, Valero C, Villalbi JR. La salut dels immigrants estrangers. Aportacions de l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona. *Barcelona Societat*. 1994; 3:131-38
27. World Health Organization: Human Genetics Programme. URL: <http://www.who.int/ned/hgn/overview.htm>. 2000
28. Jansá JM, Villalbi JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten primaria* 1995; 15:321
29. Bada Ainsa JL, Bada Jaime RM. Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. *FMC* 1996; 3:228
30. Muenning P, Pallin D, Randall L S, Man-Suen Ch. The cost effectiveness of strategies for the treatment of intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med* 1999; 340:773-79
31. Salas S, Heifetz R, Barrett-Connor E. Intestinal parasitosis in Central American Immigrants in the United States. *Arch Intern Med* 1990; 150:1514-516.
32. Hoffman SL, Barrett-Connor E, Norcross, W. Intestinal parasites in Indochinese immigrants. *Am J Trop Med Hyg* 1981; 30: 340-43.
33. Wiesberg GR, Sommenschein E, Dyer AR, Schnadig V, Bonilla E. Prevalence of intestinal parasites in Latino residents of Chicago. *Am J Epidemiol* 1975; 102: 526-32.
34. Adair R, Nwaneri MO. Communicable disease in African immigrants in Minneapolis. *Arch Intern Med* 1999; 159: 83-5
35. Pierz JJ, Lau T, Lepow ML. Prevalence of parasites in Puerto Rican and black children of Hartford, Connecticut. *Conn Med*. 1973; 37: 291-94
36. Hargus EP, Lepow M, Lau T, Colon AR. Intestinal parasitosis in childhood populations of Latin origin. Lessons from a survey of 129 such children in Hartford Connecticut. *Clin Pediatr* 1976; 15: 927-29
37. Geltman P, Meyers A. Treatment on intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med* 1999; 341:377-78.
38. Sarfaty M, Rosenberg Z, Siegel J, Levin RM. Intestinal parasites in immigrant children from Central America. *West J Med* 1983; 139:329-31.
39. Lerman D, Barrett-Connor E, Norcross W. Intestinal parasites in asymptomatic adult Southeast Asian immigrants. *J Fam Pract* 1982; 15:443-46.
40. Flores EC, Plumb SC, McNeese MC. Intestinal parasitosis in an urban pediatric clinic population. *Am J Dis Child* 1983; 137:754-56

A DEBATE

Evolucionando hacia la Atención Domiciliaria

Herrera Molina E¹, Villegas Portero R¹.

¹*Médicos de Familia.*

En los últimos meses, las opiniones y artículos sobre atención domiciliaria han ido proliferando hasta llegar a hacerse de aparición casi obligada en las revistas de atención primaria y rotatorios médicos. ¿“ Está de moda”, o realmente asistimos a un cambio progresivo hacia la que se ha ido definiendo como la gran necesidad de la población a resolver en los próximos años?

Tras los cambios en la morbimortalidad poblacional, los objetivos de mejora de salud se han ido modificando desde la necesidad del macroprograma materno infantil, hacia el sector que más recursos sociosanitarios demanda y consume actualmente: los ancianos, y dentro de ellos, los enfermos crónicos avanzados y discapacitados.

La proliferación de opiniones ha ido contribuyendo a que el término Atención Domiciliaria (AD), haya pasado de ser un aspecto concreto en desuso, a ser un repetido concepto aún ambiguo para muchos.

¿Es real la necesidad?, ¿ Qué respuestas podemos ofrecer? , ¿ Qué directrices desarrollar para pasar de las teorías, a las soluciones?

¿ Estamos formados, sensibilizados y motivados para desarrollar la Atención Domiciliaria?

SITUACIÓN ACTUAL

Necesidad de la población: (Tabla 1)

- *Envejecimiento:* Como describe Contel¹, en Europa, la población de mayores de 65 años oscila entre el 11,2% y el 17,7%. Las estimaciones hacen prever un estancamiento del crecimiento intenso de la tasa de envejecimiento en la primera década del siglo, pero aumentará en envejecimiento interno de los ancianos, lo que conllevará un aumento de la proporción de mayores de 80 años. Siendo Andalucía de las comunidades menos desfavorecidas por la relativa persistencia del índice de fecundidad, estamos también envejeciendo. Según podemos desprender del estudio de las pirámides

poblacionales y de la hipótesis media de la evolución de la población publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía en 1998, se observa un aumento claro de la proporción de mayores de 65 años, y dentro de ella, aumenta progresivamente la proporción de los mayores de 79 años. (Tabla 2).

Las provincias con mayor índice de envejecimiento son Jaén y Córdoba.

- *Aumento de enfermedades crónicas incapacitantes:* En contra de las teorías de Fries, la mejora en la calidad de vida en los años inmediatamente posteriores a los 65, no se acompaña de un aumento paralelo de la calidad y la esperanza de vida en los mayores de 80 años. Se está produciendo una compresión de la morbilidad en los últimos períodos de la vida, a costa de enfermedades crónicas que producen una alta tasa de dependencia, lo que conlleva también mayor necesidad de provisión de servicios y de cuidadores en el domicilio. La transición epidemiológica viene marcada por una mortalidad fundamentalmente anciana, y una morbilidad crónica, degenerativa e invalidante²: esta población consume una gran mayoría de recursos, lo que hace necesario un cambio en la política sociosanitaria desarrollada en los años previos. En cuanto a las causas específicas de muerte, han aumentado las muertes por cáncer y levemente las causas respiratorias, mientras se hacen cada vez más prevalentes las incapacidades por demencias y por patología osteodegenerativa.
- *Disminución de los cuidados informales, con escaso apoyo del sector formal:* el aumento de la población necesita de cuidados domiciliarios, no se acompaña de un aumento en el número de cuidadores, sino al contrario: la disminución de los familiares de la siguiente generación, (las hijas son las que habitualmente han asumido esta función), y la incorporación de ambos cónyuges al mercado laboral, han producido una disminución brusca en el número de cuidadores informales, a la que el sector formal no ha sido capaz de complementar (este aspecto se pone de manifiesto con el gran número de empresas privadas que con esta misión se están desarrollando).

Recibido el 29-06-2000; aceptado para su publicación el 26-09-2000.
Medicina de Familia (And) 2000; 2: 169-173.

TABLA 1. Problemas que justifican el desarrollo de un programa de Atención Domiciliaria

— Aumento del número de pacientes que necesitan este servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento de la población • Aumento de enfermedades crónicas • Aumento de incapacitados (como consecuencia de los anteriores)
— Disminución del apoyo informal	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento de la población cuidadora • Bajo relevo generacional <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la población cuidadora - Incorporación de la mujer al mundo laboral • Escaso apoyo <ul style="list-style-type: none"> - Social y familiar - Institucional
— Apoyo formal insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos sociales insuficientes para: <ul style="list-style-type: none"> - Instituciones de acogida - Mecanismos de apoyo - Servicios de Ayuda a Domicilio • Ausencia de coordinación sociosanitaria • Falta de desarrollo de recursos comunitarios
— Escasa dedicación de los profesionales sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de la demanda y falta de tiempo • Características de la población de pacientes domiciliarios: <ul style="list-style-type: none"> - Dispersión - Necesidad de conocimientos técnicos específicos y los recursos existentes - Necesidad de trabajo en equipo (no incentivado hasta ahora) - Falta de implicación personal (por falta de medios, de motivación y de formación)

TABLA 2. Estimación del envejecimiento en Andalucía.

Nota: P = Población . El % > 79 indica la proporción de mayores de 79 años, dentro de los mayores de 65 años.

AÑO	P. TOTAL	P>65 AÑOS	%>65	P>79	%>79
1991	6.940.522	813.207	11,71%	161.757	19,89%
1996	7.142.294	929.196	13%	188.385	20,27%
2001	7.329.053	1.045.243	14,26%	214.156	20,49%
2006	7.329.053	1.103.428	14,71%	262.361	23,77%
	Envejecimiento general			Envej. interno	

• *Patologías de alta complejidad:* a menudo, estamos ante un grupo muy expuesto a riesgos para la salud, y falto de recursos para una vida sana. Se trata en la mayoría de las ocasiones de pacientes pluripatológicos, polisintomáticos⁴, y que requieren conocimiento de determinadas técnicas y manejo de situaciones con las que no estamos familiarizados. Se nos educa en los principios de la medicina curativa, y tenemos mucho aún por aprender de la filosofía del cuidar y confortar. No parece lógico, que mientras la mayor parte del tiempo y los recursos son demandados por pacientes con enfermedades crónicas sin posibilidad curativa razonable, nos empeñemos en dotar de la mayor proporción de recursos a la medicina más agresiva y sofisticada para el curar³... Tenemos que curar siempre que sea posible, pero cuando no lo sea, debemos aprender a cuidar y confortar⁵... (¿ Cuántos profesionales desde Atención

Primaria conocen tan sólo los principios del tratamiento sintomático del paciente terminal?)...

Derecho de la población y Obligación de la Atención Primaria:

- 1) El domicilio es reconocido por todos como el lugar idóneo de seguimiento del paciente siempre que las características personales y del medio lo permitan, (Instituto Andaluz de Servicios Sociales, en la ley 2/1988 del 4 de Abril referente al ámbito de la tercera edad: " favorecer su mantenimiento en el medio habitual, evitando su marginación...").
- 2) Reconocemos la equidad como uno de los principales valores de la Sanidad: " El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna" (código de Ética y Deontología, 10 de Septiembre de 1999).
- 3) Entendemos que como primer nivel asistencial, debe ser la Atención Primaria la que preste atención sanitaria al individuo cuando por incapacidad funcional, enfermedad crónica avanzada o estado terminal, requiere atención sanitaria en su domicilio. Tiene que ser la Unidad de Atención Familiar (UAF) quien deba, pueda y sepa atenderlo en primer lugar.

Dificultades para la Atención Domiciliaria

Las cinco carencias fundamentales de los profesionales en su realidad diaria para realizar la Atención Domiciliaria son:

- a. Nuestra realidad actual y la gran presión asistencial en la consulta diaria, agravada en estos casos por la necesidad de tener que desplazarnos al domicilio del paciente nos sitúan frente a la primera gran carencia: el tiempo⁶.
- b) Falta de sensibilidad: por desconocimiento de la cuantía real de esta demanda.
- c) Falta de motivación: por trabajar sobrecargados y sin incentivos hacia las actividades nuevas propuestas.
- d) Falta de formación: desde el pregrado se recompensa el diagnóstico brillante y la curación del proceso, formándonos poco en el cuidar⁵. De otro lado, la tan aludida en nuestra especialidad, valoración integral, brilla por su ausencia: en nuestros informes destacan alusiones reiteradas a las enfermedades del paciente, pero por lo general se obvian: información referente a la capacidad funcional y cognitiva del sujeto, necesidad de cuidados, valoración psicológica o entorno en el que vive (datos que pueden definir la necesidad o no, por ejemplo, de ingreso del paciente)...
- e. Falta de coordinación: la riqueza que aportan los profesionales de los EAP al sistema, se deduce en gran parte, de la capacidad de actuar como equipo. Salvo excepciones, en las zonas no reconvertidas, no existen UAF, y en muchas de las que lo están, médicos y enfermeras/os, actúan como profesionales válidos pero independientes en sus labores, no desarrollándose la tan preconizada labor interdisciplinaria (en la que el equipo debe suponer más que la suma de sus miembros). De otro lado la coordinación externa, defendida actualmente desde la atención compartida “*shared care*”⁷, representa el comienzo de una actitud que debiera secundarse de forma más explícita por las administraciones. Si los profesionales de los distintos niveles demuestran mediante este tipo de actuaciones, el poder colaborar y complementarse en sus funciones en aras de la auténtica necesidad del paciente, parece paradójico continuar reforzando los muros separadores interniveles, con la provisión independiente de recursos. En época de fusiones y colaboración, parecemos estar más interesados en reforzar las arquitecturas existentes, que en transformar las actitudes hacia la evolución de las necesidades de la sociedad. Podemos estar fomentando la perversión del sistema, cuando se premia la rentabilización de recursos de forma parcelada, aún a costa de aumentar costes de otros niveles: en contra, debiera premiarse la coordinación⁸ y eficiencia global del sistema, que resultara de un mecanismo realmente eficaz para el paciente, (eliminando saltos interniveles que dificultaran su tránsito a través del sistema sanitario), eficiente para la administración, (dónde lo importante fuera el resultado final del proceso), y efectivo para los profesionales (lejos de las improductivas discusiones actuales entre primaria y especializada).

Respuestas de otros Sistemas Sanitarios

Debemos aprender de los Países y Regiones que antes que nosotros, han venido desarrollando múltiples y diferentes sistemas para dar respuesta al problema. A pesar de estar centrados en la realidad de sus distintas sociedades, extraemos las fundamentales tendencias de desarrollo:

- EEUU: entendió que la población ante la que nos encontramos suponía el 25% del gasto del sistema Medicare, por lo que aumentó la demanda de la gestión y coordinación de casos. Se cuidó la selección de los pacientes, a la hora de proporcionar determinados servicios. La correcta gestión del caso comenzó a ser incentivada para ser estimulada, y que de ella se derivara un resultado final eficiente.
- Canadá: la eficiencia y efectividad del sistema depende no sólo de la eficiencia y efectividad de cada componente, sino del camino como se estructura el sistema: existe una gran oferta de servicios dentro del “Continuing Care System”, donde su mayor logro no es la capacidad aislada de los elementos, sino el producto final de su coordinación. Existe un triple modelo de Atención Domiciliaria, según se trate de cuidados agudos (equivalente al desarrollado en nuestro país por Hospitalización a Domicilio), cuidados de mantenimiento y prevención para personas con bajo riesgo, y el *Long Term Care* (atención prolongada de enfermos: sistema de servicios de cuidados sanitarios, personales o sociales para los que carecen de capacidad de autocuidados), motivo actual de un macroestudio prospectivo de eficiencia⁹, para valorar qué casos y durante cuánto tiempo deben permanecer en sus domicilios o en residencias (pues diversos procesos están demostrándose como más rentables institucionalizados frente a cuidados continuos domiciliarios).
- Europa: resulta llamativo, que en los países donde la tradición de la atención domiciliaria viene de antaño¹, sea en los que con mayor intensidad se pretendan reforzar sistemas que persiguen la valoración y cobertura holística de las necesidades (no resulta adecuado seguir manteniéndonos en el paralelismo distante de las necesidades sanitarias y sociales, especialmente en la población de la que estamos hablando). De otro lado, la incentivación de las actividades, y la posibilidad de dar entrada a sistemas privados que puedan cubrir la asistencia que el sistema público no puede, parece poder responder en parte a las necesidades del enfermo domiciliario. Merecen así mismo destacarse, las opciones del copago o de las subvenciones (*Care allowance*), que podrían ofrecer mayor dinamismo entre las opciones que deberían barajarse como posibles soluciones.

Propuestas a desarrollar

Ante la falta de recursos mencionados, y la dificultad en cuantificar realmente un problema que se prevé pueda

sobrepasar nuestra capacidad de respuesta, parecen necesarias tres medidas generales:

1. Dimensionar realmente la población diana: mediante un sistema de valoración homogéneo y generalizado entre los profesionales, que permita realizar una estimación real de las necesidades tanto de los usuarios como de los profesionales. (Objetivo alcanzable mediante la formación del profesional)
2. Adoptar un sistema de Trabajo y Proyectar un Programa: que permita y facilite la rentabilización de los escasos recursos actuales.
3. Acometer los cambios necesarios, según las necesidades detectadas.

El convertir la Atención Domiciliaria en una actividad prioritaria de la Atención Primaria lleva implícito una serie de transformaciones en nuestro sistema, que lo acerquen mucho más al «Continuing Care System» canadiense cumpliendo el aforismo del paciente justo, en el sitio justo, el tiempo justo. Se trata realmente de conseguir mecanismos que acompañen al paciente a lo largo de un sistema sanitario centrado en sus necesidades y en las posibles soluciones. Las bases de este cambio serían la coordinación y la colaboración¹⁰, desarrolladas en las siguientes estrategias:

- 1) Convergencia de servicios sociales y sanitarios¹¹: para dar respuesta a la gran cantidad de problemas sociosanitarios que son difíciles de separar y de resolver desde una sola línea de actuación, y que suelen requerir una actuación conjunta que en estos momentos resulta imposible dada la provisión de recursos dividida que existe.
- 2) Diversificación de la oferta: se antoja como un reto imaginativo el desarrollo de nuevos servicios a ofrecer en el domicilio (desde programas de rehabilitación domiciliaria, hasta programas de compañía).
- 3) Complementariedad de los servicios: para que la convergencia y la diversificación no lleven a la tan temida y poco eficiente duplicidad, es preciso que el desarrollo de estos sea complementario desde todos los puntos.
- 4) Multidisciplinariedad: como base de la colaboración complementaria.

Desde nuestro ámbito, en los distritos sanitarios de Camas y Sierra Norte (Sevilla), hemos intentado comenzar esta andadura...

Para hacer posible este enfoque, las líneas directrices deberían ser (Tabla 3).

Desarrollar un programa común de Atención Domiciliaria para Equipos de Atención Primaria (EAP).

Que facilitara la valoración integral, y el trabajo interdisciplinar, que sigue siendo una de las asignaturas pendientes en el desarrollo de nuestra Atención Primaria. Este programa común facilitaría además la cuantificación de las verdaderas necesidades de nuestros pacientes en domicilio y de sus cuidadores, y la comparación de las poblaciones atendidas.

Disminuir la ratio poblacional.

Disminuir la presión asistencial, aumentando el número de profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP), y de personal administrativo, que asumiera parte de las labores no asistenciales de la consulta, para que de esta manera los EAP dispusieran de más tiempo para la atención del paciente.

Crear y reforzar apoyos a los profesionales de Atención Primaria (AP).

Existen situaciones en los pacientes subsidiarios de Atención Domiciliaria, en que su estado clínico desaconseja el ingreso hospitalario, pero sobrepasa la capacidad del EAP (por tiempo, medios o formación). En estos casos es indispensable un apoyo externo al equipo.

Todos conocemos el debate actual sobre los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), equipos de cuidados paliativos a domicilio en Cataluña (PADES), etc. Creemos que estos equipos de soporte deben existir después de una formación adecuada de la Atención Primaria, para dar respuesta, (desde la misma AP y cuando ella lo solicite), a esas situaciones de alta complejidad y difícil manejo que pueden presentar estos pacientes (sedación en situaciones de agonía, etc.), pero nunca para duplicar las funciones del EAP, lo que conduce a la ineficiencia.

TABLA 3. Propuestas a desarrollar

Profesionales de AP	Desarrollar un programa común de Atención Domiciliaria para EAP. Disminuir la ratio poblacional. Crear y reforzar apoyos a los profesionales de AP.
Coordinación	Fomentar el trabajo coordinado con creación de comisiones interdisciplinarias. Reforzar la coordinación multidisciplinar AP-Hospital.
Recursos Sociales	Aumentar los recursos sociales y valoración de las alternativas existentes. Aumentar el apoyo al cuidador informal. Crear programas para implicación de voluntarios.
Otras áreas	Implicar a otras disciplinas en la AD.

Fomentar el trabajo coordinado con creación de comisiones interdisciplinarias dentro de los distritos sanitarios.

La creación de comisiones formadas por diferentes profesionales, con el mismo objetivo y con aportaciones de igual importancia, pero diferenciados en su información y en sus intervenciones, sería la garantía desde el principio del programa de que éste se va a desarrollar bajo criterios de coordinación y colaboración, sin duplicidades, y gestionando el acceso a los recursos.

Reforzar la coordinación multidisciplinar AP-Hospital.

Creando comisiones, manteniendo y evaluando mecanismos facilitadores¹² para el seguimiento de pacientes en ambos sentidos (planificación de altas hospitalarias¹³, historia clínica común, creación y refuerzo de camas para ingresos urgentes, unidades de día, etc.).

Aumentar los recursos sociales y valoración de las alternativas existentes.

La falta de recursos sociales queda patente ante las dificultades que se nos presentan diariamente. Habría que reforzar los ya existentes (residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio) y cambiar la mentalidad a la hora de valorar recursos posibles, como conciertos y ayudas económicas para la contratación de servicios.

Aumentar el apoyo al cuidador informal.

Parece interesante la creación de ayudas económicas o subsidios para la situación de cuidador. Así mismo deben fomentarse la creación de Grupos de Autoayuda para cuidadores, y cursos de formación en técnicas de cuidados.

Crear programas para implicación de voluntarios.

Organizar una red de apoyo que debe de contar con un nivel de voluntariado organizado, coordinado y formado para dar respuesta a este problema, que no puede resolverse con el internamiento sistemático de todo paciente falto de cuidador informal.

Implicar a otras disciplinas en la AD.

Rehabilitadores y fisioterapeutas dentro de programas de rehabilitación para aumentar la autonomía de los pacientes discapacitados.

Por último llamar a la reflexión de todos los que ya se encuentran desarrollando iniciativas particulares para la Atención Domiciliaria: dentro de este tipo de sistemas, el principal problema lo han venido originando la multitud heterogénea de iniciativas desordenadas. En Andalucía, se vienen desarrollando desde hace tiempo, algunos pro-

gramas aislados¹⁴, que por el hecho de serlos, mueren al poco tiempo, pues no sobrepasan el análisis de poblaciones localizadas en un Centro de Salud determinado, no pudiendo compararse las poblaciones estudiadas por los distintos métodos de registro y valoración utilizados. Consideramos de utilidad la formación de un Grupo de Trabajo para el estudio de las necesidades de la población domiciliaria y la coordinación de las propuestas de mejora dentro de nuestra sociedad científica y a la administración.

Estamos atendiendo una demanda no siempre justificada, mientras muchos de los enfermos, en sus casas, pueden estar siendo olvidados.

La Atención Domiciliaria, lejos de suponer la adquisición de nuevas responsabilidades a la ya saturada Atención Primaria, supone la defensa y recuperación de la esencia misma de nuestra especialidad: la atención al enfermo y a su familia en su medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención Domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag, 1999.
2. Rodríguez G. La protección social de la dependencia. IMSERSO, 1999.
3. Tonks A. Medicine must change to serve an ageing society. BMJ 1999; 319:1450-1.
4. García Bermejo, Lekube Angulo, Andikoetxea Agorria, Solar Barruetabeña, Olaskoaga Arrate. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Primaria 1997; 20: 230-236.
5. Benítez del Rosario MA. Cuidados Paliativos en enfermedades no oncológicas. Aten Primaria 1997; 19: 22-23.
6. Pringle M. Patient centred primary care. BMJ 1998; 316: 1882-1883.
7. Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. Aten Primaria 2000; 25: 526-528.
8. Madrid MA. El cambio en la sociedad impondrá una mayor continuidad asistencial. Diario Médico 2/6/2000.
9. Hollander M. Comparative cost analysis of home care and residential care settings. The Canadian Home Care Study 1999. <http://www.nahc.org>.
10. Gómez-Batiste X. Sistemas integrales de atención. Rev Calidad Asistencial 1995; 6: 337-342.
11. Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Aten Primaria 1999; 23: 183-186.
12. Naylor M, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: randomized controlled trial. JAMA 1999; 281: 613-620.
13. van Haastregt J, Diederiks J, van Rossum E, Witte L, Clebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000; 320: 754-758.
14. Castillo Bonilla JD, Nuevo Abalos J. Mejora de la calidad en la visita domiciliaria de enfermería en el distrito sanitario de la Axarquía. Centro de Salud 1999; 162-169.

ÁREA DOCENTE

Acreditación de tutores de medicina de familia

Vallejo Lorenzo A, Torío Durántez J, Gálvez Ibáñez M, Molina Fernández E, Moratalla Rodríguez G, Prados Torres D, Ruiz Moral R, de Serdio Romero E, Revilla Ahumada L, Peinado Álvarez A.

Comisión Regional de Unidades Docentes de Andalucía

(En este artículo se exponen las conclusiones del grupo de trabajo sobre acreditación de tutores que ha sido aprobado y surte efectos desde julio de 2000 en todas las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Andalucía)

Finalidad

A corto plazo:

- Utilizar unos **criterios comunes y consensuados** para la acreditación de tutores.
- Definir unos **mínimos de calidad** exigibles para la consideración de tutor.
- **Unificar los documentos** de acreditación un formato común a las UU.DD. Andaluzas.

A largo plazo:

- Sistema centralizado de acreditación por el SAS, con proyección en la carrera profesional.

El esquema de lo que se quiere acreditar sería el siguiente:



Proceso de acreditación de tutores

Acreditación de nuevos tutores:

1. Según regula la Orden Ministerial de 22 de junio de 1995:

- El tutor solicita la acreditación y la tramita al Coordinador de la Unidad Docente con el *Visto Bueno* del Director del Centro de Salud (anexo I).
- La Comisión Asesora o el Comité de Acreditación por delegación de ésta, evalúa la solicitud y en el caso de considerarla positiva, la remite a la Gerencia de AP (Distrito) para su nombramiento.
- El Coordinador de la UD lo comunica a la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC y a la Comisión Regional de UU.DD.

La **Acreditación** (El nombramiento) tiene una validez de tres años, tras los cuales será necesario pasar el proceso de reacreditación.

2. Junto a la **solicitud** para ser acreditado como tutor de residentes de MFyC, se cumplimentará un **cuestionario** que recoge los requisitos establecidos por la CNE y datos curriculares (anexo II).

La **valoración** de la solicitud y cuestionario se realizará según los **criterios** propuestos por la Comisión Regional de UDD de Andalucía (anexo III) en función de la necesidad y oferta de tutores a criterio de la Comisión Asesora correspondiente.

3. La acreditación/reacreditación, será verificada mediante una **Auditoría Docente** de la actividad del tutor solicitante, siempre que los recursos y necesidades de la UD lo permitan.

Requisitos básicos:

- Trabajar en un Centro de Salud acreditado para la docencia de MIR de MFyC.
- Experiencia profesional:
 - Especialista en MFyC vía MIR deberá tener un mínimo de 1 año de experiencia como médico de ese Centro de Salud.
 - No especialista en MFyC vía MIR deberá tener un mínimo de 3 años de experiencia como médico de un Equipo de A.P., de los cuales 1 año debe de ser en ese centro.
- Aceptar la inspección de su trabajo clínico y colaborar en su análisis y discusión.

Acreditación provisional:

En el caso en que así lo estime la Comisión Asesora/de Acreditación, por necesidades de la U.D. u otras circunstancias no habituales, podrá realizarse una **acreditación provisional**, por un plazo de 6 meses a 1 año, tras el cual se volverá a evaluar la acreditación.

Reacreditación de tutores:

1.- La reacreditación se realizará cada **tres años**, para lo cual se enviará a la Unidad Docente solicitud de reacreditación, que será valorada por la Comisión de Acre-

ditación/Asesora, según los criterios establecidos y verificados mediante auditoría.

2.- El Coordinador de la Unidad Docente, sancionará la reacreditación ayudado por la Comisión de Acreditación/Asesora.

3.- El resultado de la misma se comunicará al interesado, al Centro de Salud y a la Comisión Nacional de la Especialidad.

4.- Para la reacreditación, a juicio de la Comisión Asesora, será necesario:

- Mantener los criterios de acreditación durante los últimos tres años.
- Habrá presentado y/o publicado al menos una comunicación científica de interés en A.P. en los tres últimos años.
- No tendrá evaluaciones negativas de los Médicos Residentes bajo su tutoría en los últimos tres años.
- Habrá cumplimentado la evaluación de los residentes, el Libro del Especialista en Formación y en general las normas docentes de la Unidad Docente.

Auditoría docente:

La auditoría docente pretende verificar los criterios de acreditación/reacreditación y hacer un seguimiento *in situ* de la actividad del tutor.

Proceso de la auditoría:

1. Organización de los grupos de acreditación para cada zona.
 - Formarán parte del grupo tutores y/o residentes de segundo año.
 - Los componentes del grupo no pertenecerán a la zona a auditar.
2. Envío de la información oportuna sobre el proceso a los directores de los centros de salud.
3. Solicitud de la documentación necesaria y citación a los tutores.
4. Auditoría
5. Informe final del proceso.

Contenidos:

La información a recoger será sobre:

- Curriculares, presentará fotocopias.
- Administrativos: Consulta a demanda y consulta programada
- Sistemas de registro: Historia clínica.
- Observación *in situ*.

Datos:

Los datos a recoger de la actividad del tutor (anexo II).

Composición de la comisión de acreditación:

Formarán parte de la Comisión de Acreditación aquellos miembros designados por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

ANEXO I: SOLICITUD DE ACREDITACION DE TUTORES

Don / Doña.....

Médico del Centro de Salud.....

Solicita ser acreditado/a como tutor/a de Medicina de Familia de Centro de Salud, para la formación de médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, comprometiéndose a cumplir las tareas y obligaciones que el programa de la especialidad contempla, con los residentes que le sean adscritos, así como la posible inspección y/o auditoría de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su análisis y discusión, si es solicitado por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

En , a de de 2.0.....

Firma:

VºBº Director del C.S.

ANEXO II: CUESTIONARIO DE ACREDITACIÓN DE TUTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Conteste por favor, el siguiente cuestionario que recoge datos personales, aspectos clínicos, docentes y de investigación que deberán ser valorados por la Comisión de Acreditación:

DATOS DEL SOLICITANTE

- * Centro de Salud: _____
- * Nombre y apellidos: _____
- * Fecha de nacimiento: _____

SITUACIÓN

- **Tiempo de experiencia** como médico de EBAP (excepto MIR) _____
- Fecha en la que se incorporó a su puesto actual: _____
- Propietario de plaza en el EAP:
 - sí: ____
 - no: ____
- Prevé estabilidad en la plaza durante los próximos 3 años:
 - sí: ____
 - no: ____
- Director del Centro:
 - no: ____
 - sí: ____ ¿desde cuándo?: _____
- Es Coordinador responsable de algún Programa:
 - no: ____
 - sí: ____ ¿de cuál? : _____
- Es responsable docente del Centro:
 - sí: ____
 - no: ____

TITULACIÓN

- Titulación en Medicina Familiar:
 - vía MIR: ____
 - vía no MIR: ____
- Otra especialidad (especificar): _____
- Otras titulaciones que posee: _____

I. ASPECTOS CLÍNICOS (todos los datos asistenciales se referirán a 1 año de actividad, el último)

1. **Población** que tiene Vd. **asignada** actualmente (según última relación oficial):
____ régimen general ____ pensionista
2. Número medio de **consultas a demanda/día** durante el último año: ____
De estas son:
 - consultas médicas ____ consultas administrativas (IT, recetas largo tratamiento) ____
3. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial a demanda** es de: ____ minutos/día
4. Número medio de **visitas domiciliarias a demanda/semana** durante el último año: ____
5. Número medio de **consultas programadas/semana** durante el último año: ____
 - Incluidas en programas (embarazo, crónicos, etc.): ____
 - Para diagnóstico y/o tratamiento: ____

* En el supuesto de no tener Consulta programada, explique brevemente por qué no la hace:
6. El **tiempo** dedicado diariamente a la **consulta asistencial programada** es de: ____ minutos/día
7. Número medio de **visitas domiciliarias programadas/semana** durante el último año: ____

8. Número medio de **pacientes/día** que atiende la **consulta de Enfermería** de su U.A.F.:

- Citados por cartilla de largo tratamiento: ____

- Citados por programas: ____

9. Estime aproximadamente en qué % **registra en la Historia clínica, las consultas a demanda** que tiene diariamente: ____ %

10. Señale con un «X» aquellos **Programas o Subprogramas de Salud** en los que participa de forma activa en su Centro, así como el nº de consultas semanales de cada uno de ellos:

	<i>participación</i>	<i>nº de consultas semanales</i>
* Control Embarazo:	___	___
* Planificación Familiar:	___	___
* Programa de crónicos:		
- HTA:	___	___
- Diabetes:	___	___
- EPOC:	___	___
- Obesidad:	___	___
- Dislipemias:	___	___
* Programa del Anciano:	___	___
* Programas de Salud escolar:	___	___
* Otros (precisar): _____	___	___

11. Las **consultas administrativas**, partes de IT y recetas de largo tratamiento, las realiza:

* El médico en la consulta asistencial _____

* El médico fuera de la consulta asistencial _____

* Otro personal fuera de la consulta asistencial _____

12. Acepta la **evaluación de su trabajo** clínico y colaborar en su análisis y discusión, mediante:

- Sólo inspección de historia: _____

- También análisis de prescripciones en sesiones con otros tutores: _____

- Auditorías globales y discusión de la práctica clínica: _____

- ninguna: _____

13- ¿Utilizas en tu práctica habitual el **enfoque familiar**?

- no

- si:

- Nivel 2 (recibe y aporta información a la familia y le da consejos): _____

- Nivel 3 (emplea instrumentos para identificar acontecimientos familiares): _____

- Nivel 4 (evalúa la función y disfunción familiar): _____

- Nivel 5 (intervención familiar): _____

14. Empleo de técnicas comunicacionales sistematizadas y evaluación de **entrevistas clínicas**:

- no

- si:

- Sin evaluación de entrevistas grabadas: _____

- Con evaluación de entrevistas grabadas: _____

15. Participación en actividades programadas de **Educación para la Salud** este último año:

- no: _____

- si: _____ Precisar:

16. Otras **Actividades Preventivas** que se realizan en su consulta, incluidas o no en el PAPPs, en este último año:

17. Otras **Actividades con la Comunidad** en las que haya participado en este último año

18. ¿Asiste regularmente a las **Reuniones de Equipo** del Centro? :

- no: _____

- si: _____¿cuántas al mes? : _____

II. ASPECTOS DOCENTES

1. Experiencia docente:

• Participación como **tutor** de residentes de MFyC:

- no: _____

- si: _____¿Nº. De años que ha tenido R3? : _____

• En el caso de tener, o haber tenido residente, utiliza diversas **técnicas y métodos educativos** como los siguientes:

- Discusión regular de casos clínicos: _____

- Realiza sesiones con otros miembros del equipo: _____

- Muestra disponibilidad para discutir métodos docentes con otros tutores: ____
- Participa regularmente en las **sesiones clínicas/bibliográficas** que se realizan en su centro:
 - No: ____
 - Si: ____ (especificar las presentadas por usted en el último año):
- Participación **como docente en otras actividades de formación** (conferencias, cursos, seminarios, etc.) en los últimos años:
 - No: ____
 - Si: ____ (precisarla a continuación: temas impartidos, organización a cargo de, dirigido a):
- Colaboración específica con la U.D. Provincial en aspectos docentes en los últimos años, en caso afirmativo indique de qué tipo:
- Otras experiencias como docente que desee señalar:

2. Indique los **cursos de formación** que ha realizado en los dos últimos años:

- Garantía de Calidad ____
- Organización de la práctica médica en A. P. ____
- Ética Médica ____
- Entrevista Clínica ____
- Atención Familiar ____
- Atención a la comunidad ____
- Educación y Promoción de la Salud ____
- Metodología de la investigación ____
- Metodología docente ____
- Otros ____
- Reciclajes o estancias de formación específica ____

3. Su **disponibilidad para impartir clases** sobre diferentes temas (práctica en medicina familiar, entrevista clínica, atención familiar, atención comunitaria, clínico-terapéuticos, epidemiología, estadística, etc.) a los Médicos residentes puede considerarse:

- Alta: ____
- Media: ____
- Baja: ____
- Señale a continuación sus áreas de preferencias para realizar esta actividad como docente:

III. ASPECTOS DE INVESTIGACIÓN

4. Número de **comunicaciones** a Congresos y Reuniones científicas en los dos últimos años: ____

* Especificar:

5. Número de **publicaciones científicas** en los tres últimos años: ____

* Especificar:

6. Participa actualmente en algún **trabajo de investigación** relacionado con Atención Primaria:

- no: ____
- si: ____ especificar:

7. Asistencia en los últimos años a **Jornadas o Congresos** de Atención Primaria:

- no: ____
- si: ____ especificar:

8. **Tesis doctoral** realizada o en realización:

- no: ____
- si: ____ Especificar el título:

9. Utilice este espacio, si lo desea, para consignar **otros méritos** no contemplados en apartados anteriores y que considere relevantes:

El abajo firmante, tal y como contempla el programa oficial de la especialidad de MFyC acepta la posible inspección y/o auditoría de su trabajo clínico y docente y a colaborar en su análisis y discusión, si así es solicitado por la Comisión Asesora de la Unidad Docente.

En, ade. de 20....

VºBº Director del C.S.

Firmado

ANEXO III: VALORACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA ACREDITACIÓN DE TUTORES

ASPECTOS CLÍNICOS: (Los datos son referidos a 1 año de actividad, el último)

1. Promedio de pacientes/día, en consulta asistencial:

* Menos de 10 pacientes/día	0
* Entre 10 y 20 pacientes/día	2
* Entre 21 y 30 pacientes/día	4
* Entre 31 y 40 pacientes/día	2
* Más de 40	0

2. Tiempo medio dedicado a cada paciente en consulta:

* Más de 8 minutos	3
* Entre 8 y 5 minutos	2
* Menos de 5 minutos	0

3. Porcentaje de consultas a demanda (con y sin cita) registradas en la historia clínica informatizada:

* del 70 a 80%	2
* del 80 al 90%	4
* superior al 90%	6

4. Utilización del enfoque familiar:

* nivel 2 ó 3	2
* nivel 4 ó 5	4

5. Utilización de técnicas sistematizadas de entrevista clínica:

* sin evaluación	2
* con evaluación	4

6. Realiza visitas domiciliarias programadas:

* número de visitas mensuales entre 3 y 5	1
* número de visitas mensuales entre 6 y 7	2
* número de visitas mensuales superior a 7	3

7. Realiza consulta programada de control de embarazo:

* número de visitas mensuales entre 3 y 8	1
* número de visitas mensuales superior a 8	3

8. Realiza consulta programada de planificación familiar:

* número de visitas mensuales entre 3 y 7	1
* número de visitas mensuales superior a 7	3

9. Realiza consulta programada (aparte de embarazo y planificación):

* número de visitas semanales entre 2 y 5	2
* número de visitas semanales entre 6 y 9	4
* número de visitas semanales superior a 9	6

10. Participación en otros programas de salud:

* En un solo programa	1
* En más de dos programas	2
* En todos los programas	3

11. Participación en actividades programadas de Educación para la Salud y otras actividades comunitarias:

* No	0
* Si	2

ASPECTOS DOCENTES y DE INVESTIGACIÓN

1. Grado de experiencia en docencia:

* Participación como docente en actividades de formación (charlas, seminarios, cursos, etc.)	2
* Disponibilidad para impartir docencia	3
* Colaboración específica con la U.D.	4

2. Métodos docentes:

* Discusión regular de casos clínicos con el residente	1
* Realiza sesiones con otros miembros del equipo	3

3. Presentación de sesiones en el centro de salud, durante el último año:

* 1 sesión	1
* 2 - 3 sesiones	3
* Más de 3 sesiones	5

4. Asistencia a jornadas o congreso relacionados con la A.P. en el último año:

* No	0
* Si	1

5. Cursos de formación o reciclaje práctico realizados en los últimos 2 años:

* Uno o dos cursos	1
* Más de dos cursos de 30 ó más horas	2

6. Comunicaciones científicas presentadas a congresos durante los últimos 2 años:

* Una o dos	2
* Más de dos	4

7. Publicaciones científicas realizadas en los últimos 3 años.

* Una o dos	3
* Más de dos	5

8. Otros trabajos o proyectos de investigación

* Si	2
------	---

9. Grado de satisfacción del residente con el tutor (media de las dos últimas promociones):

	muy satisf.	satisfecho	insatisf.	muy insatisf
* En cuanto a su cualificación clínica	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a su capacidad docente	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a su capacidad investigadora	1	0,5	-0,5	-1
* En cuanto a la relación tutor-residente	1	0,5	-0,5	-1

TITULACIÓN Y SITUACIÓN:

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria:

* Vía MIR	4
* Vía no MIR	2
* Otra especialidad	1

2. Propietario 2

3. Director del Centro o Coordinador de algún Programa: 1

4. Responsable docente del Centro: 2

VALORACION GLOBAL:

. Aspectos Clínicos	50%
. Aspectos Docentes y de Investigación	30%.
. Titulación y Situación	20%

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN

1. Los datos cuantitativos utilizados para valorar el cuestionario de acreditación son relativos, ya que no hay un criterio único ni universal que nos indique la cifra óptima, carecemos de estándares. Además en cada unidad nos vamos a encontrar con realidades distintas que hacen difícil establecer criterios cuantitativos homogéneos. Por lo tanto hay que tomarlos así como una valoración relativa.
2. Al valorar los datos asistenciales considerar si el medio es urbano o rural.
3. En el análisis de los indicadores de demanda, visitas domiciliarias, control de embarazo, planificación familiar, etc., se podría tener en cuenta las medias del centro de salud y población asignada.
4. Considerar la opinión de los residentes y la valoración que estos realicen de aspectos clínicos, atención a la familia, entrevista clínica, investigación, etc.
5. Al utilizar el mismo documento para la acreditación/reacreditación, hay ítems que serán tenidos más en cuenta en uno o en otro de los casos.

CRITERIOS EXCLUYENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

- No realizar el compromiso escrito de sus obligaciones docentes.
- No participar en actividades de formación continuada.
- No utilización de la historia clínica informatizada.
- No participación activa en el programa Materno Infantil.
- Consultas de más de 50 pacientes/día

SIN BIBLIOGRAFÍA

La atención primaria en el Reino Unido. Rotación de una residente de Medicina de Familia por un Centro de Salud escocés

Mora de Sambricio A¹.

¹Médica de Familia. C.S. Marquesado. Alquife (Granada).

Localización

Stirling es una ciudad situada en el centro de Escocia, a 30 millas de Glasgow y 45 de Edinburgh. Tiene una población aproximada de 54.000 habitantes.

El área de salud de Forth Valley abarca una población total de unos 300.000 habitantes y está dividida en: North FV y South FV. Cada una de ellas tiene diferentes zonas básicas de salud, con distintos centros (*practice*) que acogen una población que oscila entre 1100 y 11500 habitantes. A cada una corresponde un hospital terciario. Stirling pertenece a la zona norte y está adscrita al hospital Stirling Royal Infirmary (SRI), situado en la ciudad.

Viewfield Medical Practice es un centro de salud con 10.000 pacientes, que incluye 2 consultorios situados en distintas áreas de la ciudad: Viewfield Medical Centre y St. Ninians Health Centre.

La zona incluye los alrededores (Blairdrummond, Bridge of Allan, Menstrie, Bannockburn y Whins of Milton). Los pacientes pueden ser atendidos tanto en uno como en otro consultorio.

La cartera de servicios

La administración central paga a cada clínica una minuta por los servicios especiales que ofrezca a sus pacientes, aparte de la atención médica básica que es igual en todas las clínicas. Estos servicios dependen de cada centro, no en todos existen los mismos. En Viewfield Medical Practice son:

Servicios clínicos: citas a demanda. Se incluyen: cuidados maternos, inmunización y desarrollo infantil, planificación familiar (DIU), programa de la mujer y citologías, programa del hombre, control de la tensión arterial, grupo de diabetes, tratamiento de verrugas, clínica de asma, medicina del deporte, cirugía menor, vacuna de la Fiebre Amarilla (única clínica en Forth Valley) y realización de ECG.

Citados por el médico. Exploraciones que no cubre el National Health Service (NHS).

Otros servicios disponibles del equipo del centro (la mayoría llevados a cabo por enfermería). Vacunación y consejos de viajes, sesiones de tratamiento, atención a domicilio, salud infantil e inmunizaciones, control geriátrico y consejo/terapia psicológica.

Servicios locales. Consejo en enolismo, podólogo, apoyo social, psicoterapia de comportamiento, control de anticoagulación y lesiones agudas de partes blandas.

Atención a mayores de 75

Hay un servicio de atención a mayores de 75 años por parte de enfermería, que consiste en una visita anual programada a domicilio, aun en ausencia de patología crónica. Los pacientes pueden rechazarla o aceptarla (en la práctica, todos la aceptan).

En esta visita se evalúa la situación del paciente, y ese informe se adjunta a la historia clínica del centro de salud. Los datos que se registran son, entre otros:

Clínicos: audiometría, agudeza visual, incontinencia, patología de base, visitas del servicio médico de urgencias, hospital de día, visitas de enfermería, hospitalizaciones.

Sociales: ayudas domiciliarias (independencia, visitas), vivienda (malas condiciones, magnitud, calefacción, escaleras), quién administra y proporciona la medicación, terapia ocupacional, trabajo social.

Higiénicos: higiene corporal, estado nutricional, sueño, cuidado de pies, salud dental.

Si está indicado, se pasa una escala para evaluar el grado de demencia (*Abbreviated Mental Test Score de Hodgekinson*).

También se evalúa el estrés del cuidador, si lo hay, por medio de otra escala (*Relative/carer Stress Score Form*).

Partnership

Los centros de salud tienen una administración privada: son las sociedades o *partnerships*. En ellos, los médicos socios son los propietarios del edificio, y ellos son los que

Correspondencia: Ana Mora de Sambricio

Plaza Almona-Albaicín 1 bajo.

Tfno: 630 519 079 - E-mail: anita_mora@hotmail.com

Recibido el 18-8-2000; aceptado para su publicación el 10-09-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 2: 181-183.

deciden a quién contratan, que personal necesitan y cuáles son las obligaciones de cada trabajador del centro. No necesariamente todos los médicos tienen que ser socios, ni todos los socios tienen que ser médicos (aunque la mayoría de los *partnership* las constituyen exclusivamente médicos).

Tienen una serie de acuerdos que se refieren, entre otras cosas, a: partes, fin de la sociedad, ocupación por los no propietarios, obligaciones para con otros socios, contabilidad, material, servicios especiales, vacaciones, formación, días libres, permisos, bajas (enfermedad, maternidad), jubilación (voluntaria u obligatoria), efectos de la jubilación o muerte de un socio.

Los acuerdos se revisan periódicamente, según necesidades. Los principales motivos son: jubilación, nuevo socio, cambios en el trabajo del centro, cambios en las condiciones, efectos de la ley. En caso de desacuerdo entre las partes de la sociedad, los socios piden consejo de la BMA (*British Medical Association*), GMSC (*General Medical Services Committee*), secretaria de la LMC (*Local Medical Committee*) o notario ante desacuerdo.

Preinscripciones

Los pacientes pagan £6 (unas 1500 pesetas) por cada fármaco, cualquiera que sea su precio real. Esto significa que en algunos casos sería más barato comprar algunos medicamentos directamente de las farmacias (sin receta), pero sólo se pueden adquirir analgésicos y algunos antiinflamatorios sin receta.

Están exentos de pagar los medicamentos: menores de 16 años, embarazadas y primer año postparto, hombres mayores de 65 años y mujeres mayores de 60 años, desempleados, algunos enfermos crónicos (diabéticos, hipo/hipoertiroides, postmenopáusicas en tratamiento con terapia hormonal sustitutiva). Paradójicamente, no están incluidos los asmáticos ni los cardiopatas.

Todo anticonceptivo (hormonal o barrera) se administra y controla de forma gratuita.

No se hace una receta (un papel) por fármaco: se prescriben todos los fármacos en la misma especificando la presentación, la dosis y la duración del tratamiento con cada uno. En la receta aparece el nombre y la dirección actual del paciente, no su número de seguridad social. Todas deben ir firmadas y fechadas por el médico que las extiende.

Los farmacéuticos proporcionan al paciente el número exacto de pastillas, y son los encargados de explicar al paciente como y cuando tomar la medicación. Cada caja o bote que contiene la medicación va etiquetada con nombre y dirección del paciente, y la forma de administración del fármaco.

Jubilación

Hasta hace pocos años, no era posible jubilarse antes de los 60 años, excepto bajas permanentes por enfermedad. Hoy día se puede pedir la jubilación a partir de los 50 años, siendo la edad máxima de jubilación de 65 años para los

hombres y 60 años para las mujeres, aunque estas pueden trabajar hasta los 65 si lo desean, e incluso disminuir gradualmente el número de horas semanales.

Los jubilados reciben una paga anual (*annual NHS pension*) proporcional a su salario y al tiempo trabajado. Además se paga una cifra única inicial (*lump sum*).

Por ejemplo, un médico general que ha trabajado desde los 29 años, con un sueldo anual de £55.000, recibiría:

Edad de jubilación	Pensión NHS anual	Lump sum
60 años	£27,000	£80,800
57 años	£18,300	£60,000
55 años	£15,000	£51,300

(Couch J. How to plan for extra income on retirement. Pulse 2000 feb 26; 37)

Bajas laborales

Cuando el médico considera una baja, debe rellenar un formulario (*line*) de una sola copia que el paciente entrega en el trabajo. No se guarda ninguna copia para el NHS ni la clínica. Cada parte de baja tiene la duración que el médico estime oportuno, y se hace un parte de continuación si el paciente no ha mejorado tras el tiempo estimado.

No existe una inspección médica de las bajas prolongadas, ya que es la empresa la que paga, no el NHS. Si la empresa solicita un informe, el médico lo redacta.

La consulta

Cada médico tiene asignado un cupo de pacientes. Si un paciente quiere cambiar de médico lo puede solicitar. También un médico puede rechazar a un paciente tras 3 meses de permanencia en su cupo, pasando al cupo de otro médico.

Las consultas duran 2 horas para cada médico. Pueden tener más de una consulta al día, o estar disponibles con el busca (*bleep*) para hacer los avisos a domicilio.

Se comenta la evolución de todos los enfermos en sus historias clínicas. Si la historia de un paciente esta en otro centro, se solicita una copia por fax para continuar la evolución. Posteriormente, los administrativos mecanografían los comentarios a la historia.

El tiempo estimado para ver a un paciente es de 7 minutos, por lo que se cita siempre a 8 pacientes por hora. No existe consulta a demanda, a no ser que se trate de una urgencia, y hay un espacio en la consulta para pacientes:

- citados con mas de 48 horas de antelación (10-12 pacientes por consulta)
- citados en las ultimas 48 horas (4)
- urgentes (no citados) (3)

El sistema está informatizado. Los crónicos no necesitan cita para obtener sus recetas: los administrativos las imprimen, su médico las firma, y ellos pasan a recogerlas en recepción.

Se deja un espacio cada semana para la revisión de niños (*spaces for sick babies*) y citologías (*smears*) en días determinados, citados con más de 48 horas de antelación.

Las citologías las hacen preferentemente médicos de sexo femenino (por eso se intenta contratar al menos a un 50% de mujeres).

Los horarios de consulta son:

Lunes a viernes 8:30-10:45, 10:45-13:00, 14:00-16:00 y 16:00-18:00 (2 consultas)

Sábados 8:30-10:45 (1 consulta)

Guardias

Las guardias de los médicos generales en Stirling son:

localizadas (D.O.C.S.¹): un médico de la clínica tiene el busca desde las 18:00 hasta las 8:30 (tiempo en que la clínica permanece cerrada) para los avisos a domicilio de los pacientes de la clínica. No se libra la guardia.

de presencia física (Stirling Royal Infirmary): dos médicos de todo el área cubren las urgencias de atención primaria en el hospital de 18:00 a 00:00 y otros dos de 00:00 a 8:30. Se libra la guardia.

Derivaciones a especialistas

Cuando a criterio del médico general un paciente tiene que ser visto o revisado por los especialistas en el hospital, el médico general elabora un informe completo para el especialista que va directamente por correo al hospital (no lo lleva el paciente, que es avisado por teléfono de la cita).

El informe del especialista, con el resultado de las pruebas complementarias, se envía por correo a la clínica, donde es el médico general quien informará al paciente.

La primera receta la hace el médico general, no el especialista.

Los residentes de medicina familiar y comunitaria

Al igual que en nuestro país, en el Reino Unido hay una formación postgrado de especialista. No hay un sistema de selección (tipo MIR), sino que pueden elegir la formación por tres vías diferentes:

- 1) Un esquema de formación vocacional (VTS, Vocational Training Scheme) de 3 años de duración, dos en diferentes servicios del hospital y uno en un centro de salud. Está organizado por el NHS, que les garantiza un puesto en los servicios que integran el programa.
- 2) Un programa organizado por ellos mismos, que tiene la ventaja de que pueden incluir las especialidades y el lugar de su elección.
- 3) Un programa mixto.

El Director de la Educación de Medicina General Postgrado consulta regularmente si los puestos están aprobados. Puestos y programas se anuncian en la prensa médica.

Para obtener el certificado de Médico General, los médicos deben confirmar que:

- han completado satisfactoriamente el período de formación en el Reino Unido en no menos de 36 meses a tiempo completo, o el equivalente a tiempo parcial, en puestos aprobados por el Comité de Formación

Postgraduada en Medicina General (JCPTGP).

- Han completado los 36 meses en los de 7 años siguientes a la solicitud del certificado
- Han completado satisfactoriamente al menos 12 meses a tiempo completo o su equivalente a tiempo parcial como residente de Medicina General en el NHS
- Han completado satisfactoriamente períodos de formación en el hospital o medicina comunitaria en puestos aprobados por el JCPTGP, incluyendo no menos de 6 ni más de 12 meses en dos de las siguientes especialidades: Medicina General, Medicina Geriátrica, Pediatría, Psiquiatría, Urgencias y Emergencias y/o Cirugía General y/o Cirugía Ortopédica, Obstetricia y/o Ginecología.

Si se hace al 60% del tiempo completo deberán acreditar 40 meses en hospital y 20 en la práctica general.

Los residentes cobran actualmente £27,000 anuales (unos 7 millones de pesetas).

M.R.C.G.P.

Es un examen-oposición al que pueden presentarse todos los médicos generales. La superación del mismo supone preferencia para elegir puesto de trabajo.

La prueba consta de 4 partes:

1. Un examen escrito de conocimientos científicos sobre todos los campos de la medicina general (3 horas).
2. Un test sobre investigación, metodología y revisión crítica de artículos (3 horas).
3. Una prueba oral (dos ejercicios de 20 minutos cada uno) que consiste en cuestiones cortas sobre situaciones y casos clínicos. Con ella se evalúan la capacidad de comunicación, el trabajo en equipo, la relación con los pacientes, la madurez personal y profesional, la responsabilidad, y otros valores no exclusivamente científicos de la actividad profesional.
4. Una grabación en vídeo de la visita a 15 pacientes (7 minutos de duración para cada uno), entre los que se incluyen 2 pacientes crónicos y 1 niño menor de 10 años.

Las tasas de matriculación del examen son £800 (unas 200.000 pesetas), y hay 2 oportunidades por convocatoria. Se convoca un examen cada año.

En conclusión, se podría decir que, con algunos aspectos parecidos a nuestro país (formación en Medicina Familiar y Comunitaria), el sistema sanitario británico tiene grandes diferencias con el nuestro, especialmente en el terreno de la administración y la distribución de las tareas.

Agradecimientos

Deseo mostrar mi más sincero agradecimiento a todo el personal de Viewfield Medical Practice (clínicas de Viewfield Place y de Mayfield Street), tanto sanitario como administrativo, por su paciencia y amabilidad. Y muy especialmente a la Dra. Josefina de Unamuno Robertson por su interés por mi rotación en Stirling, su hospitalidad y el cariño con que me ha recibido.

¹ Doctor On Call Stirling

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Mujer joven con cambios de color en sus manos

Ruiz de Rua P¹, Segura Schulz C².

¹Residente 3º año de MFyC. Hospital Virgen de las Nieves (Granada)

²Residente 2º año de MFyC. Hospital Clínico Universitario de Málaga.

Mujer de 34 años, previamente sana y sin antecedentes de interés. Fumadora habitual de 5-10 cigarrillos al día. Sin otros hábitos tóxicos. No toma medicamentos a diario. Acude a nuestra consulta por presentar cambios intermitentes de coloración cutánea distal. Las crisis se inician en la punta de los dedos. La fase de palidez, de varios minutos de duración, se manifiesta en forma de parestesias, acorchamiento, sensación de pinchazos y frío. Se inicia luego la fase de cianosis, de duración variable, y que generalmente no desaparece de forma espontánea sino al aplicar calor o al pasar a una temperatura ambiente superior. Tras esta fase hay una hiperemia reactiva, que suele manifestarse en forma de coloración roja de los dedos acompañada de sensación de calor y, en otras ocasiones, por recuperación de la coloración normal sin pasar por la fase de rubicundez.

Generalmente se presenta de forma paroxística, a veces sin factores desencadenantes, aunque suele asociarse a exposición al frío, a emociones intensas e incluso refiere estas crisis al bañarse en la playa en el verano. Carac-

terísticamente se presenta de forma bilateral, de preferencia en extremidades superiores, aunque en otras ocasiones se presenta en los dedos de los pies. No se acompaña de otra sintomatología de interés.

Exploración Física: aparte de los cambios de coloración referidos no se aprecian otras alteraciones reseñables (ver figura 1). Entre las pruebas complementarias llama la atención la presencia de anticuerpos antinucleares positivos (positividad 1/320), resto de la analítica normal, radiografía de tórax y manos normal.

En relación a la positividad 1/320 de los anticuerpos antinucleares, ¿qué consideraciones cabe hacer? (indique la respuesta correcta):

- a) Nos indica claramente la presencia de un Lupus Eritematoso Sistémico.
- b) Este es un hallazgo casual sin importancia alguna. No debemos seguir estudio ninguno.
- c) El cuadro se denomina Fenómeno, Enfermedad o Síndrome de Raynaud indistintamente.

d) Aunque de diverso significado, un título de 1/320 posee importancia analítica.

e) En esta paciente no está indicado la determinación de autoanticuerpos antinucleares.

(Respuestas razonadas en el próximo número)

Enviar respuesta antes del 31-12-00 a la siguiente dirección:

Revista Medicina de Familia. Andalucía.

¿Cuál es su diagnóstico?

Apto. Correos nº 20 -18110 - Las Gabias-Granada



Figura 1

Comentarios a cual es su diagnóstico 1

(Vol. 1 - nº 1 - Medicina de Familia (And) 2000; 1:88.

Los padecimientos lumbares son síntomas de multitud de enfermedades. Alteraciones congénitas esqueléticas, trastorno de la estática, inestabilidad vertebral, procesos infecciosos e inflamatorios, traumatismos, neoplasias, hemopatías, inmunopatías y un gran número de causas pueden originarlos. El clínico se enfrenta a un dilema constante. El dolor lumbar es frecuente y afecta a cualquier grupo de pacientes. El tratamiento elegido para este problema aliviará los síntomas mientras tiene lugar la curación. Pero mezclados entre el gran número de pacientes, existen individuos (de 2 al 10 %) que presentan dolor por causas potencialmente serias. El diagnóstico no correcto de éstos puede tener consecuencias fatales.

La clínica de los procesos patológicos lumbares es similar en la mayor parte de las enfermedades que afectan aquella región. Los síntomas son realmente pocos en comparación con la multitud de causas que lo pueden originar. El diagnóstico de certeza puede ser difícil, pero nuestra posición dentro del escalón Sanitario es privilegiada para poder hacer un buen diagnóstico Síndrómico y detectar de manera adecuada aquellas lumbalgias que de manera potencial pueden de alguna forma hacer peligrar la vida (o su calidad) de nuestros pacientes.

El caso que presentamos corresponde a una Lumbalgia de origen infeccioso que se caracteriza por dolor lumbar rebelde a tratamiento durante semanas o meses, que se puede acompañar o no de fiebre. Las causas más frecuentes de estos son la Osteomielitis Bacteriana, Fúngica y Tuberculosa. El diagnóstico precoz suele ser difícil, sólo posible si existe una sospecha clínica previa, con radiologías normales las primeras semanas, VSG elevada

en el 100% de los casos y Fiebre mas leucocitosis sólo en el 50% . El microorganismo más frecuente es el staphylococo Aureus. La presencia de Fiebre en un dolor Lumbar nos debe hacer pensar aparte de la Osteomielitis vertebral citada, otros procesos como meningitis o hemorragia subaracnoidea, endocarditis bacteriana, absceso epidural (con o sin asociación de osteomielitis), empiema subdural y mielitis transversa cada una con datos clínicos característicos (fundamentalmente focalidades neurológicas), así como otros procesos que por vecindad pueden ser los causantes como son: prostatitis agudas, infecciones pélvicas, pielonefritis, absceso perinefrítico, infarto renal, pancreatitis o absceso pancreático, disección de aorta, perforación ulcus duodenal, diverticulitis, apendicitis retrocecal, hematoma retroperitoneal, linfoma retroperitoneal y absceso esplénico.

En nuestro caso y debido al estado general del paciente y el aplastamiento vertebral observado decidimos enviar al paciente de manera urgente a hospital de referencia donde tras ingreso y estudio en planta se llegó al diagnóstico de Tuberculosis ósea.

La tuberculosis, de notable incidencia en nuestro país, puede afectar a la columna produciendo dos tipos de lesiones. La más corriente es la afectación de los cuerpos y los discos, conocida como Enfermedad de Pott; sin embargo, las láminas, pedículos o espinosas también pueden afectarse. De todas las formas de tuberculosis osteoarticular, la espinal es la más frecuente. Su curso insidioso contrasta con el más agudo de las espondilitis piógenas.

ARTICULO ESPECIAL

Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica: «hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario», o, «cómo potenciar el desarrollo de la Atención Primaria»

Martín Acera S¹, García Encabo M², Alonso Durán B³.

¹Pediatra. Especialista en Administración Sanitaria y Salud Pública y en Técnicas de Investigación Social aplicadas a las Ciencias de la Salud; ² Médico de Familia. Experto en Planificación y Gestión Sanitarias; ³ Médica. Experta en Planificación y Gestión Sanitaria y Recursos.

Los autores han formado parte del Grupo Director del Plan Estratégico del S.A.S., elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Este artículo describe y desarrolla una forma de entender y hacer **gestión clínica**, en comparación con otras interpretaciones alternativas, su implicación y relación con las **necesidades y desarrollo de los profesionales** de la atención primaria, y, de esta en sí misma. Además, se abordan los cambios organizativos que condicionan y se derivan de su implantación, su poder legitimador de la **atención primaria** ante la sociedad y su capacidad para evaluarla objetivamente ante el resto de niveles del sistema y de los proveedores privados. Se aclaran, también, las relaciones entre gestión clínica y **eficiencia global** frente a otros modelos de desarrollo orientados a la búsqueda de la eficiencia económica.

Palabras clave: gestión clínica, desarrollo profesional, atención primaria, eficiencia global, legitimación social.

1. El qué, por qué y para qué de la Gestión Clínica: una misma terminología para diferentes enfoques.

La primera cuestión que llama la atención del lector interesado en temas de gestión clínica es la diversidad de interpretaciones que encierra este término, lo que puede ser consecuencia e inducir a cierta confusión.

Bajo el término "gestión clínica" se engloban aspectos tan diferentes cómo la gestión de procesos (disease management), la gestión clínica de recursos (managed care), y, la gestión de pacientes (patient management).

En el origen de esta amalgama terminológica y conceptual se encuentran, bajo nuestro punto de vista, varias causas, entre las que destacaríamos: la importación desde otros países, fundamentalmente U. S. A., de experiencias innovadoras en gestión, generalmente poco adaptables a nuestro medio, pero, fundamentalmente, la necesidad de dar respuesta a los problemas, muy parecidos en países con sistemas muy diferentes, padecidos por los servicios sanitarios (crecimiento de costes, financiación insuficiente, impacto del desarrollo tecnológico, crecimiento de la demanda, descoordinación entre niveles asistenciales, deslegitimación social e insatisfacción del "usuario - financiador - votante").

Un papel muy destacado en esta presión por introducir este tipo de experiencias en el sector sanitario ha sido el desarrollado por los llamados "economistas de la salud", bien directamente, bien mediante su influencia sobre los gestores - directivos, entronizando, más destacadamente en la última década, un paradigma economicista al albur de la crisis financiera de los sistemas de atención sanitaria y de sus imperfectas herramientas de gestión financiero - contable.

Por debajo, en la base, la presión de las "nuevas medidas de gestión" ha ido a parar, cuando no a aplastar, a los profesionales y usuarios del sistema, bajo el envoltorio de diferentes fórmulas, más o menos atractivas, de autogestión y / o descentralización, en el caso de los primeros, y, de pseudo - participación / elección, en los segundos.

Casi siempre, eso sí, sin que dichas experiencias se hayan relacionado con sus expectativas e intereses reales, tanto en su formulación como en sus contenidos.

No significa esto que ni la gestión de procesos basada en la evidencia, ni las diferentes formas de asistencia gestionada que implican a profesionales en la gestión de recursos, ni la orientación de la gestión hacia los pacientes, no merezcan nuestra aprobación. Tan sólo tratamos de resaltar que su origen es ajeno a los protagonistas del sistema, su utilidad es muy diferente para ellos, y, lo que es más importante, sus consecuencias también lo son, sin lugar a dudas.

Tal vez, **la gestión de procesos (disease management)** como forma de expresión de la gestión clínica (ver nota 1), pueda tener menos relevancia en cuanto a la afirmación anterior, ya que se centra en aspectos parciales: selección de procesos de mayor frecuencia - importancia clínica, selección basada en la evidencia de intervenciones diagnóstico - terapéuticas y de desarrollo de la autonomía de los pacientes y sus cuidadores, y, selección de estrategias de intervención y organización para la generalización entre los profesionales y los centros donde ejercen, de esta forma de atención clínica.

¹ Un ejemplo muy bien estructurado, y presentado, de gestión por procesos, es el publicado en la revista *Pediatric Annals Thorofare* en septiembre de 1998 por Mary Jane Richman, Peter Scott y Allan Kornberg, y, titulado: "Partnership for excellence in asthma care: Evidence - based disease management".

Esta forma de "gestión clínica" en la medida en que supone un mayor protagonismo de los pacientes, un modelo de relación profesional – paciente más participativo, una atención de mayor calidad y mejor coste – efectividad a los procesos seleccionados, y, un enfoque más clínico que gestor, puede resultar atractiva y útil.

Sin embargo, en cuanto supone una desintegración de la atención a los pacientes en función de algunos procesos que padecen, una "sobreatención" sobre ciertos procesos, una nueva forma de dispensarización de la atención, un predominio del nivel especializado sobre el primario (casi siempre subsidiario de sus recursos tecnológicos, cuando no humanos), hace muy difícil evitar su escaso, o contradictorio, impacto sobre la relación coste - efectividad de la atención global a todos los pacientes atendidos, y, sus dificultades de generalización y adaptación a las características de una prestación de cuidados continua, longitudinal e integradora en pacientes frecuentemente pluripatológicos y en entornos de elevada presión asistencial.

La **gestión clínica de recursos (managed care)**, en su origen estadounidense denominada "managed competition" o competencia gestionada, supone, en mayor o menor medida, la utilización de instrumentos de mercado (precios, contratación, elección del usuario – cliente) en los entornos y organizaciones sanitarias, implicando en teoría la introducción de competencia entre proveedores por ofrecer servicios bajo criterios de coste – efectividad diferenciadores.

En Europa su expresión organizativa más conocida fue la desarrollada por los generalistas del Reino Unido (general practitioners fundholders) y en España, posiblemente, la experiencia de autogestión desarrollada por la empresa Equip d'Assistència Primària Vic, S.L. bajo contrato con el Servei Càtala de la Salut.

A la trascendencia de ser experiencias (ver nota 2) importadas de entornos organizativos y culturales muy diferentes: proveedores libremente asociados que facturan sus servicios según los gastos efectuados en un sistema de pago por acto, dónde los usuarios tienen absoluta libertad de proveedor; se ven sus constataos mayores costes económicos (altos costes administrativos) y en equidad (selección adversa de los pacientes "más graves - costosos"), fruto de su orientación al beneficio económico.

Además, su impacto negativo sobre el desarrollo de actividades preventivas y de promoción (poco lucrativas, sin resultados a corto plazo) y sobre la contratación y formación de los profesionales (menor cualificación, predominio del rendimiento sobre la calidad y los resultados), son aspectos claramente criticables.

En España, desde el año 1992, se han desarrollado experiencias (E.A.P's del territorio Insalud, comarca de Araba en Vitoria, EBAP's en Andalucía) de descentralización de la gestión, centradas fundamentalmente en la gestión de sustituciones, reclamaciones, formación, almacén, y, el material fungible; en general, caracterizadas por la implicación de los clínicos en la gestión de estos recursos más que en la gestión de los aspectos clínicos de la atención a los pacientes.

Sin ánimo de profundizar en estos enfoques, tan sólo pretendemos insistir en que tanto uno como otro: competencia gestionada y descentralización de la gestión, suponen una inadecuada

utilización del término gestión clínica al tratarse, efectivamente, de un **enfoque centrado en la gestión de recursos**.

La **gestión de pacientes** puede adoptar diferentes formas según se formule bajo una óptica individual ("individual patient care") o poblacional e integradora, es decir, sobre colectivos bien identificados y en su doble vertiente clínica y organizativa.

El primero de ellos, es una forma más de asunción del control en la utilización de los recursos y del gasto por parte de los médicos, en la medida en que adopta un enfoque centrado en la atención individual y sus costes derivados, aisladamente de los condicionantes organizativos y grupales, que permiten una aproximación al beneficio social de las intervenciones clínicas, es decir, en términos de resultados de efectividad (resultados en salud, calidad y coste, conjuntamente considerados).

En cuanto al **enfoque sobre grupos de pacientes**, su desarrollo ocupará la parte central de este artículo, como conceptualización que nosotros defendemos de **gestión clínica**. Se ocupa de la gestión tanto de los aspectos clínicos como de los organizativos que afectan a grupos poblacionales y de pacientes, además de los que surgen de la interrelación individual profesional – usuario, siempre que puedan influir en los resultados finales en términos de efectividad, de calidad de la atención prestada, de satisfacción de los usuarios, y, también, de su impacto sobre los recursos necesarios para su alcance (ver nota 3).

Para su desarrollo, como veremos en los dos apartados siguientes, se requieren actitudes activas y transparentes por parte de profesionales y usuarios, en lo referente tanto a sus roles como a la defensa de sus legítimos intereses y expectativas.

Esta concepción parte de la separación nítida de la función clínica, cuya correcta gestión forma parte de la preparación y responsabilidad específica de los clínicos, y, de la función de gestión de recursos, ubicada en los directivos, y, cuyo objetivo básico, entendemos, sería actuar de facilitador de ("al servicio de") la actividad de los primeros.

2. Cómo hacer gestión clínica

La dificultad que encuentran los profesionales para entender cualquier aproximación que se quiera a la gestión clínica, deriva de la falta de concreción u operativización de sus contenidos, sobre todo para situaciones reales de la práctica clínica cotidiana y en sus entornos organizativos habituales: consultas de atención primaria frecuentemente masificadas, grupos de profesionales con diversidad de enfoques y enorme libertad de decisión clínico -organizativa, y, con escasez de tiempo para la evaluación – reorganización de las actividades y gestión de la información necesaria, tanto de apoyo a las decisiones clínicas (evidencias científicas, indicadores de calidad, indicadores de resultado) como a las organizativas.

Todos estos condicionantes de su actividad contribuyen a dejar sin respuesta muchas de las preguntas que los clínicos se llevan, y llevarán durante su dilatada vida profesional de no cambiar mucho las cosas, del trabajo a sus casas: ¿qué estamos haciendo? (en términos de resultados), ¿lo estamos haciendo bien?, ¿podríamos hacerlo mejor? (en términos de calidad), ¿qué

² Un interesante estudio sobre las mismas ha sido publicado en la Revista Administración Sanitaria, volumen I, número 4 en Octubre / diciembre de 1997, por Francisco Sevilla y Vicente Navarro, bajo el título: "La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque?".

³ Un desarrollo más exhaustivo de este concepto puede encontrarse en el capítulo 10 del libro Gestión Clínica publicado por la Editorial McGraw – Hill Interamericana (Madrid, 2000).

están haciendo los demás?, ¿existen formas mejores de organizarse para mejorar? (en términos de equiparación y desarrollo profesional).

En síntesis, la gestión clínica debe partir de la definición y evaluación de los resultados que se quieren alcanzar sobre una población usuaria y no usuaria en un periodo de tiempo definido, seleccionando las intervenciones clínicas más apropiadas, a la luz de la evidencia científica disponible, para la consecución de esos resultados, previendo y evaluando también el impacto económico de las intervenciones clínicas seleccionadas, para estudiar su adaptación a los recursos disponibles y necesarios para su ejecución, y, subordinando las formas de organización de la actividad al desarrollo de las intervenciones y al alcance de los resultados.

Pero antes de visualizarlo con un ejemplo, parece importante desarrollar dos aspectos básicos que se relacionan con el qué y el por qué de esta forma de entender la gestión clínica y que se relacionan íntimamente con el rol social de la organización sanitaria en general y la atención primaria en particular:

1º La gestión clínica como punto de encuentro entre los intereses del profesional y el usuario (relevancia social e importancia en el desarrollo profesional):

Un enfoque que haga del entorno profesional – usuario como catapulta hacia la legitimación social de la actividad profesional, convierte la definición de los resultados en un elemento nuclear y diferenciador.

A usuarios y profesionales les une, más que nada, su preocupación por la salud, es decir, por los resultados de la prevención y tratamiento de las enfermedades y sus consecuencias, o lo que es lo mismo, por la efectividad. No existe ningún profesional ni usuario que pueda sentirse indiferente ante la muerte o ante la enfermedad y sus secuelas, máxime cuando estas sean prevenibles y / o tratables.

Además, a ambos, les gusta que su relación esté guiada por la competencia profesional, por la correcta aplicación del saber a cada momento del continuo salud - enfermedad, es decir, por la calidad asistencial. Reconocer la valía científica de su médico, no sólo sobre lo que sabe hacer cómo sobre su capacidad para orientarle en lo que hay que hacer en cada momento, es la base que sustenta la confianza y seguridad del usuario.

Una sociedad como la actual, dónde el valor de los derechos individuales, el desarrollo cultural y la disponibilidad de información, se consideran la base de las relaciones, hace preponderante la valoración en las relaciones y los entornos organizativos de la comunicación, el trato, el confort, el tiempo de dedicación y espera, y, cada vez más, la opinión del usuario sobre el abordaje de sus problemas. La satisfacción de los usuarios se liga y condiciona, así, el resto de resultados.

2º Orientación a los resultados y decisiones clínicas basadas en la evidencia:

En consecuencia con lo anterior, todo proyecto de gestión clínica que aspire a ser útil al doble objetivo del desarrollo profesional y de legitimación social de su actividad, pasa obligatoriamente por la consecución de resultados de efectividad, calidad y satisfacción de los usuarios.

Las actuales herramientas metodológicas: medicina basada en la evidencia (bases Cochrane, cat maker, bandolier, publicaciones sobre coste – efectividad, ...), desarrollo de la epidemiología

clínica (número necesario de pacientes a tratar, resultados de intervenciones en estudios de meta-análisis, ensayos clínicos controlados, ...), e instrumentales: historia clínica informatizada, sistemas de medición del producto en atención primaria, desarrollo de encuestas de evaluación externa de la actividad bajo la óptica del usuario, contabilidad analítica, ...; permiten ya un abordaje de la gestión clínica bajo la óptica del alcance de resultados y la valoración de su impacto en recursos necesarios.

Sólo una atención primaria entendida como responsable de todo lo que pueda acontecer al usuario cuando no se encuentre necesitado de hospitalización, puede tener posibilidades de éxito, por accesibilidad, en un enfoque por resultados, a la vez que le permite sustentar una valoración menos ideológica y más objetiva de su papel social y de su capacidad real.

La mayor rémora para el desarrollo de la gestión clínica vendrá derivada, no tanto de la presión competitiva del nivel especializado – tan necesitado de este enfoque de gestión clínica como el primario - cómo de la redefinición del papel de las estructuras de dirección y gestión con el uso de estas herramientas en el apoyo a los clínicos y en la definición - evaluación de acuerdos clínicos con ellos, y, en el rediseño organizativo de los centros asistenciales para su orientación a la consecución de los resultados que se contemplan en dichos acuerdos.

Nos referimos al desarrollo de formas organizativas asistenciales flexibles, que llamamos Unidades Clínicas, basadas en la autonomía y la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales.

Ambos aspectos serán abordados en el próximo apartado.



FIGURA 1: Esquema conceptual básico para el desarrollo de la gestión clínica.

Antes, y para no reiterar los errores de aplicabilidad que mencionábamos, trataremos de acercarnos a esta conceptualización de la gestión clínica bajo un enfoque más práctico, que facilite la comprensión de sus utilidades y su trascendencia mientras desarrollamos sus contenidos más operativos.

Cualquier Equipo de Atención Primaria que oferte una Cartera de Servicios a una población definida, podría plantearse el desarrollo de su organización asistencial bajo un enfoque de gestión clínica como el expresado en la figura 1.

Para no alargarnos excesivamente en este ejemplo tan sólo trabajaremos con el desarrollo de un único objetivo asistencial, sin bien queremos insistir en que lo ideal sería poder explicar el modelo mediante el desarrollo de una simulación real con todos los datos de actividad, recursos y costes que se generan en uno o varios años en una Zona Básica de Salud (ver nota 4). Así mismo, aclaramos que las intervenciones y evidencias que se presentan son meros ejemplos, sin que tengan que ser necesariamente las mejores ni las más adecuadas.

Finalmente, debemos resaltar que los pasos que figuran a continuación requieren siempre de un estudio previo y pormenorizado de los datos de población, pacientes, actividad - producción, organización y consumos clínicos de cada Equipo, de forma que se evalúen las áreas de mejora que permitan una correcta selección y consecución de sus contenidos (ver nota 5).

Paso 1: Selección de Objetivos Asistenciales.

a) De efectividad:

Objetivo 1: “↓ a la mitad la incidencia de enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica y ACV, fundamentalmente, en pacientes con Riesgo Cardiovascular (RCV) \geq al 20 %, en los próximos 2 años”.

Objetivo 2: “↓ al 20 % la incidencia de las principales complicaciones (IAM, ACV, Insuf. Renal, Ceguera,...) en pacientes con”.

b) De calidad:

Objetivo 1: “Mantener los parámetros de buen control (↓ PA \leq 130 / 80, Hemoglobina A1c \leq 7 %, Colesterol total \leq 200 mg / dl) en al menos el 90 % de los pacientes con RCV \geq al 20 % atendidos”.

Objetivo 2: “Mantener un cumplimiento \geq al 75 % de todas las normas de correcta atención definidas en los protocolos clínicos para pacientes con”.

c) De satisfacción:

Objetivo 1: “Alcanzar y mantener niveles aceptables de satisfacción con la asistencia recibida (en todos los ítems definidos en su evaluación) \geq al 70 % en todos los enfermos cuyo RCV sea \geq al 20 %”.

Objetivo 2: “Alcanzar y mantener niveles aceptables de autocuidado”.

El **Anexo I** recoge una batería de posibles objetivos asistenciales de efectividad, generalmente los más difíciles de seleccionar.

Evidencias que justifican el objetivo de efectividad:

“Prevención de las enfermedades cardiovasculares” (Grupo de expertos del PAPPs. SEMFyC, 1997).

“Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary Herat disease” (Shah Ebrahim, George Davey Smith. BMJ 1997; 314: 1666 – 74).

Paso 2: Selección de intervenciones clínicas basadas en la evidencia que faciliten la consecución de los objetivos asistenciales seleccionados.

Intervención 1: cribaje entre los pacientes incluidos o a incluir en los servicios de crónicos relacionados con RCV (HTA, DM, Obesidad, etc) de los pacientes con RCV \geq al 20 % mediante aplicación de las Tablas de Framingham o similar.

Intervención 2: objetivo terapéutico: tratar a todos los pacientes con RCV elevado mediante la selección y utilización de fármacos más coste – efectivos, es decir, con mayor potencial de reducción de los factores de RCV (sustitutos de la nicotina en fumadores, diuréticos, betabloqueantes: captopril – atenolol, tratamientos intensivos en diabéticos, ajuste de estatinas según sexo y nivel de reducción del cLDL Colesterol: fluvastatina y simvastatina, etc).

Evidencias que apoyan la selección de intervenciones:

“Prevención de las enfermedades cardiovasculares” (Grupo de expertos del PAPPs. SEMFyC, 1997).

“Effect of angiotensin – converting – enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hipertensión the Captopril Prevention Proyect (CAPPp) randomised trial” (Lancet 1999, 353: 611 – 616).

“Cholesterol and coronary heart disease: screening and treatment” (Effective Health Care, feb. 1998, vol 4 nº 1).

Paso 3: evaluación del impacto económico de las intervenciones clínicas seleccionadas.

a) En ingresos, es decir, en número de pacientes con RCV elevado a tratar: el PAPPs estima que alrededor de un 37 % de los pacientes atendidos en los servicios de crónicos relacionados con RCV (HTA, DM, OBESIDAD, HIPERLIPEMIA) presentan un RCV \geq al 20 %.

En el caso hipotético de que las coberturas de nuestra cartera de servicios de crónicos relacionados con el RCV incluyesen a 3.000 pacientes, 1.110 integrarían el grupo de riesgo elevado.

De disponer de una tarifa para este tipo de pacientes podrían estimarse, así mismo, los ingresos derivados de su atención en pesetas⁶.

b) En gastos, es decir, en el coste económico (en pesetas) de aplicar este tipo de intervenciones. Su cuantificación supone la definición concreta de los perfiles de prescripción acordados para los pacientes de RCV elevado y su cálculo monetario (coste de la prescripción por paciente y año).

En la estimación de gastos es necesario también considerar los costes debidos a solicitud de interconsulta y pruebas diagnósticas en este tipo de pacientes, en función nuevamente de los criterios de calidad seleccionados por el Equipo (se trataría, en suma, de establecer el número de interconsultas / año, y, los contenidos y número de las pruebas diagnósticas a realizar en los pacientes con RCV eleva-

⁴ Así lo hacemos en los Talleres que sobre Gestión Clínica hemos desarrollado en algunos Distritos como profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública. En ellos, trabajamos con un caso que permite valorar las posibilidades reales de desarrollo de este modelo de gestión clínica en circunstancias asistenciales y organizativas reales (caracterizadas muchas veces por exceso de demanda e insuficiencia de recursos), dónde más necesario que nunca es la selección de intervenciones para maximizar la consecución de resultados.

⁵ Una guía metodológica práctica figura en el Anexo I (páginas 230 a 247) del Capítulo 10 del Libro Gestión Clínica de la Editorial McGraw – Hill Interamericana (Madrid, 2000)

do, para poder multiplicarlos por el coste para las mismas establecido actualmente por el S.A.S.

La valoración del apartado de costes puede simplificarse mediante una estimación cualitativa (disminución, incremento, estacionamiento) que exprese la tendencia en los gastos de prescripción, interconsultas y pruebas diagnósticas, en relación a su comportamiento en años anteriores como consecuencia de las intervenciones clínicas seleccionadas (homogeneización de la práctica clínica).

Más importante que obtener una “**Cuenta de Resultado Previsional**” (es decir, estimativa) exacta es que esta nos oriente sobre la disponibilidad de recursos financieros en el ajuste de nuestra actividad, es decir, que nos permita ajustar nuestras previsiones de actividad a nuestra disponibilidad presupuestaria, en un intento de maximizar el concepto de eficiencia global (hacer más y mejor al mismo coste, obtener mejores resultados con un coste similar).

No se trata, como algunos detractores de este enfoque de gestión clínica proclaman, de incrementar la actividad para generar más ingresos y más costes, o más ingresos y menos costes, sino de gestionar nuestros recursos financieros en la consecución de los resultados previamente establecidos, sin cuyo alcance, el balance económico final no tiene sentido y por lo tanto no puede ni debe ser incentivado (En la **Figura 1** se ha tratado de expresar esta afirmación dibujando la evaluación del impacto económico como subsidiaria a la evaluación de los resultados).

De ahí la importancia del papel de los resultados y la diferencia entre esta forma de entender la gestión clínica (que considera los costes clínicos de la atención en el alcance de unos resultados previamente definidos, y puede considerarse una responsabilidad compartida entre profesionales y usuarios), y, los “planes de ahorro” (prisionero del balance económico) que se esconden bajo otros enfoques pretendidamente similares.

3/ El entorno organizativo más favorable a la gestión clínica y los cambios organizativos que conlleva.

En el ejemplo anterior hemos postpuesto conscientemente el paso que corresponde con el llamado, en la figura 1, **impacto organizativo**, para poder abordarlo integradamente bajo una cuádruple perspectiva: la de la provisión de servicios y su evaluación, de la de las nuevas formas de relación entre dirección y profesionales - proveedores, y, la de los cambios necesarios en los responsables directivos en la regulación y contratación de servicios.

Aquí cobra una importancia capital el enfoque organizativo de la gestión clínica de pacientes frente al enfoque anterior de carácter más individual. Los pacientes requieren para su atención global del paso por niveles complementarios del sistema. Un enfoque de gestión clínica de pacientes que haga de la atención primaria el nivel responsable de los avatares en su paso por el sistema durante el proceso salud – enfermedad de los usuarios, siempre que estos no requieran ingreso hospitalario, y, que se oriente al servicio al usuario (“pensar **como** el usua-

rio” versus el enfoque paternalista de “pensar **en** el usuario”), requiere cambios importantes en, la organización de, al menos, 4 aspectos básicos, sobre los que entraremos someramente:

1/ La provisión de servicios (configuración en **Unidades Clínicas**):

- Es imprescindible que se aúnen responsabilidad y capacidad de ejercerla: no es posible que los profesionales de atención primaria desarrollen la función de asesoría de sus pacientes sin información a tiempo real sobre los tiempos de demora de los especialistas y centros diagnósticos en los que se apoyan, ni capacidad para seleccionarlos con autonomía en función, tan sólo, de su experiencia, la calidad de su relación, y, los parámetros de evaluación de su uso (consumos clínicos ligados a morbilidad).

- Es impensable que los profesionales puedan asumir la responsabilidad de sus decisiones clínicas sin tener capacidad para decidir sobre la gestión que rodea su actividad, fundamentalmente en aspectos de:

- Recursos humanos: decidiendo el agrupamiento con otros profesionales a la hora de configurar un equipo de trabajo, participando en la selección de personal, gestionando y organizando internamente al personal que constituye el equipo de trabajo, organizando la toma de decisiones, su propia formación y desarrollo profesional.

- Definición de las características de su oferta: con autonomía para captar pacientes sin limitaciones territoriales, para decidir sobre la oferta horaria de sus distintas actividades (consulta, domicilio, urgencias, etc), sobre la incorporación de nuevas ofertas (cirugía menor, fisioterapia, medios diagnósticos propios, etc). Y en definitiva, sobre todos aquellos aspectos que incrementen su capacidad de resolución.

- Utilización de otros recursos asistenciales: con autonomía para decidir sus asesores – interconsultores, los procedimientos diagnósticos más útiles para el desarrollo de su actividad, en nivel de relación con otras Unidades: Salud Mental, Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, Salud Buco – Dental, etc) que ofrezcan servicios que puedan ser prestados por ellos mismos.

Estos requisitos no deberían implantarse de forma igualitaria, salvo que queramos condenar desde su origen esta propuesta, sino relacionándolos con la asunción específica de responsabilidades (y sus riesgos) decidida por cada grupo de profesionales, es decir, se trata de que los **modelos organizativos asistenciales sean claramente diferenciadores, en función de los objetivos a alcanzar determinados voluntariamente por los propios profesionales y de los resultados de su evaluación.**

De ahí que tratemos de diferenciar nitidamente una organización asistencial para el desarrollo de la gestión clínica, que llamamos Unidades Clínicas, de las tradicionales formas organizativas ensayadas hasta ahora.

2/ La evaluación de los servicios prestados (los **Acuerdos de Gestión Clínica**):

Un sistema de acuerdos formales entre debe presidir la relación entre Dirección y Unidades Clínicas. Estos Acuerdos, que llamamos “de Gestión Clínica”, deberían caracterizarse por:

- Su carácter clínico: estar basados en la práctica clínica y en la transparente relación entre resultados y recursos. Siendo este el núcleo duro del acuerdo.

- Su carácter regulador: recogiendo de forma clara los objetivos y políticas globales de la Institución, que en ellos adquirirían un carácter operativo.

⁶ El Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado durante los años 1999 – 2000 con la colaboración de 35 profesionales clínicos de diferentes Centros de Salud, un estudio prospectivo para la medición del producto en Atención Primaria (cerca de 40.000 pacientes, más de 300.000 visitas) que permite obtener este tipo de tarifas, de forma que muy pronto será posible ajustar la financiación clínica de la producción en función de la morbilidad atendida.

- **Carácter evaluador:** que permita evaluar los resultados de cada Unidad y establecer comparaciones entre ellas.
- **Carácter funcional:** sin cargas administrativas para los profesionales, siendo responsabilidad de los centros directivos el aporte de la información necesaria para su evaluación.

Obviamente, el desarrollo de las intervenciones recogidas en los Acuerdos deben suponer la convergencia entre las áreas de interés del profesional clínico y las necesidades de la población asignada.

Las intervenciones seleccionadas dependerán de las posibilidades reales de cada Unidad Clínica, seleccionándose por criterios mejora de resultados, incremento de calidad y liberación de recursos para su utilización en la atención a los pacientes y sus problemas de salud.

La Cuenta de Resultados debe ser la expresión económica coherente que refleje, tanto en ingresos como en gastos, los compromisos clínicos de cada Unidad. En nuestro enfoque de gestión clínica, no es posible su construcción coherente sin pasar de un sistema de financiación retrospectivo a otro prospectivo y relacionado con la producción, que ligue directamente recursos e intervenciones clínicas. Somos partidarios de que dicho sistema separe nítidamente la financiación derivada de la accesibilidad de los ciudadanos al sistema (según criterios de regulación comunes a todas las Unidades Clínicas), de la financiación para niveles de producción dados (prospectiva).

3/ Las formas de relación entre dirección y profesionales:

Pocas dudas caben de que las posibilidades de éxito de la gestión clínica pasan por articular el conjunto de la organización alrededor de un nuevo rol que facilite la toma de decisiones que deben tomarse por los clínicos, convirtiendo a los profesionales en responsables de sus resultados.

Ello supone que **las estructuras directivas se reorienten hacia la generación de los apoyos instrumentales y operativos necesarios para el desarrollo de la gestión clínica**, fundamentalmente en áreas cómo:

- Recogida y procesado de la información relacionada con resultados. Detección de puntos críticos.
- Gestión de evidencia: actualización y aporte de las intervenciones más coste – efectivas.
- Monitorización y generación periódica de informes sobre la evolución de ingresos y gastos. Detección de puntos críticos.
- Recogida, procesado y evaluación externa de la información relacionada con el usuario, tanto en aspectos de gestión de pacientes entre niveles (agendas, demoras, accesibilidad) cómo de satisfacción con los servicios y las características de su oferta.
- Evaluación del cumplimiento de los criterios de regulación establecidos para todo el sistema y control de efectos perversos (selección negativa de pacientes, libertad de elección, etc).
- Aporte ágil, flexible y adaptable a las necesidades de las Unidades, de los recursos y medios necesarios para alcanzar sus objetivos de resultado.

En resumen, se trata de alcanzar un objetivo organizativo claro: que el clínico pueda dedicar la mayor parte de su tiempo a sus responsabilidades en la relación clínico – organizativa con sus usuarios, convergiendo el interés de ambos con los de la organización (objetivo común: efectividad, calidad y eficacia de los servicios).

4/ La regulación y contratación de los servicios:

En suma, la gestión clínica supone quebrar el tradicional diseño organizacional, requiriendo de los niveles directivos centrales su dedicación al establecimiento de criterios generales comunes de asignación de recursos y al control de los aspectos relacionados con la regulación, y, de los centros intermedios al apoyo y evaluación de los proveedores clínicos para el desarrollo y cumplimiento de los servicios y condiciones previamente acordados.

Posiblemente deban incorporarse, para ello, **nuevos criterios de planificación más funcionales y estimuladores** que los actuales (territorialidad, dispersión, número de habitantes), según se relacionen con:

- Los profesionales: voluntariedad, maximización de la interacción de grupo en aspectos como prestigio y desarrollo profesional, mejora de **todos** los criterios fundamentales de atención (cantidad, calidad y coste), y, mejora de los criterios de relación con el usuario (aceptación y adecuación de la oferta a sus demandas), y tamaño organizativo.
- La producción: pertinente (acorde con las características de los profesionales que integran cada Unidad), los recursos tecnológicos y las demandas de los usuarios, suficiente (en extensión, intensidad, eficacia y seguridad), y, eficiente (coste – beneficiosa).
- Los ciudadanos: aceptable (satisfacción, fidelidad, información – participación, cumplimiento de derechos, expectativas de resultado de la atención), valorada por ellos mismos, y, orientada a sus demandas, en cuanto adaptación de las características de la oferta (tiempos de respuesta, horarios, etc).

Por último, no quisiéramos dejar de resaltar que si bien dentro del actual marco normativo existen suficientes aspectos de mejora de la organización asistencial, a medida que se avance en la implantación de este modelo de gestión clínica, será necesario introducir nuevas fórmulas de relación acordes con los niveles de responsabilidad – riesgo y autonomía asumida por los profesionales integrantes de estas Unidades Clínicas (cooperativas, sociedades, empresas), sin que esto deba suponer un alejamiento del marco público ni la ruptura de los actuales principios básicos de acceso, mantenimiento y mejora del desarrollo profesional según transparencia, mérito y capacidad.

Ello nos obliga a resaltar, una vez más, la diferencia que existe entre una organización (Unidades Clínicas) orientada a la gestión clínica (preponderancia del alcance de resultados) y organizaciones similares (reléase el apartado dedicado al managed care) cuyo objetivo es maximizar el beneficio económico (preponderancia del balance ingresos – gastos).

4/ La gestión clínica: ¿futuro o moda?

La propuesta de innovación de las organizaciones que se presenta en este artículo se caracteriza por ser una aportación alejada de las actuales corrientes predominantes, lo cual es lógico si se considera su origen y fundamento: desde los clínicos y en una gestión centrada en los aspectos clínicos de la interrelación profesionales - usuarios.

Es posible que, además, genere en el lector la opinión de que sus autores pecan de un exceso de ingenuidad. Muy al contrario, partimos de la constatación de que los costes clínicos derivados de nuestra actividad son extraordinariamente variables (ver nota 7) y, por lo tanto gestionables, y, lo que es más importante, son y serán siempre responsabilidad exclusiva de los pro-

fesionales, independientemente de las fórmulas de gestión que puedan ir apareciendo, y, que en consecuencia sólo se puede resolver el problema de su gestión con un enfoque clínico, para lo cual hay que dar un primer paso: diferenciar claramente que es y no es clínico.

Pero esto será siempre insuficiente si no se consideran e integran en "lo clínico" los intereses de los usuarios del sistema, y, se aclara cual es la finalidad última del mismo: la salud como beneficio económico o la salud como derecho efectivo.

Adoptar una posición apriorística en la valoración de unas u otras propuestas de innovación, por su hipotética repercusión sobre el control de los costes del sistema (bajo la suposición de que la gestión de recursos sería más eficiente que la clínica), además de no estar contrastado puede resultar falaz, y exige de una evaluación con criterios homogéneos, y, sobre todo nunca aislada de los beneficios. En suma la pregunta central a responder sería: ¿qué alternativa produce un mejor balance coste – beneficio?.

En el caso del enfoque basado en la gestión clínica, su éxito depende más que ninguna de la actitud de los profesionales, auténticos protagonistas de su desarrollo. Pero, ¿qué interés pueden tener en ello?.

De partida sólo se nos ocurren dos respuestas: el interés estará relacionado con su perspectiva de desarrollo profesional y con el papel que quieran que juegue la atención primaria dentro del sistema, y por extensión, ellos mismos: ¿queremos que sea preponderante o subsidiaria del nivel especializado, e incluso, de los competidores privados? (actuales o futuros).

No somos de los que creemos que un enfoque centrado en la carrera profesional vaya a alegrar nuestra amplia vida profesional, salvo que esta se entienda y desarrolle como un sistema que relacione nuestra capacidad con nuestra forma de organizarnos, nuestro sentido del riesgo con el interés por la consecución de objetivos de calidad, efectividad y satisfacción de los usuarios, que nos prestigien social y profesionalmente y, ¿por qué no?, nos aporte beneficios económicos relacionados con su consecución.

Algunos, muchos de nosotros, nos conformamos con disfrutar de nuestro trabajo, con "hacer correctamente las cosas correctas", aunque nos doliera que no se reconociera este hecho o, lo que es peor, que se infravalorase frente a los adalides del ahorro y la racionalización como objetivos en sí mismos.

Ya no sirven las excusas largos años argüidas en el devenir de la Atención Primaria: dificultad para medir resultados, imposibilidad de conocer los costes clínicos de la atención, o, desmotivación de los profesionales. Los instrumentos y los métodos existen y esperan a que seamos capaces de utilizarlos.

Es posible que quienes nos tachen de ingenuos piensen más en la dificultad de generalización del modelo que en las posibilidades de implantación en sí mismas. Obviamente si no se dan las condiciones que recogíamos en el apartado 3 sobre "cambios organizativos", es muy posible que sea así (a pesar de todo uno se alegra de que el modelo pueda desarrollarse a título individual o en pequeños grupos).

Pero esta es una responsabilidad que se nos escapa. Los políticos, gerentes y directivos sabrán para qué han elaborado las estrategias de desarrollo del Servicio Andaluz de Salud, y, si están dispuestos a sacarlas adelante.

Lo que si podemos asegurar es que sabemos, y podemos, hacer las cosas correctas y hacerlas bien en nuestra relación con los usuarios y sus problemas de salud. Ahí comienza y finaliza nuestra responsabilidad, si además nos permiten participar activamente en la implantación de innovaciones organizativas y nos apoyan en ambas cosas, el éxito está garantizado.

No se trata de que todos participemos en él y de él, sino de que no se penalice con la abulia a quienes estén dispuestos a ello.

No se trata tampoco de vislumbrar un futuro perfecto con la gestión clínica sino de llenar de contenido clínico nuestra actividad, al menos antes de que la tengamos que llenar tan sólo de competencia y rentabilidad (económica, naturalmente).

"Sereis libres de verdad cuando vuestros días no transcurran
sin preocupaciones,
cuándo vuestras noches no estén vacías de necesidad ni de
pena.
... eso que llamais libertad es la más fuerte de vuestras
cadenas,
aunque sus eslabones relumbren al sol y deslumbren
vuestros ojos".
("El profeta". Gibrán Jalil Gibrán)

⁷ Entre los resultados provisionales del estudio prospectivo desarrollado por el S.A.S. para la medición del producto en Atención Primaria (año 1990 – 2000), los costes variables (incluyendo farmacia, interconsultas y pruebas diagnósticas) de los pacientes hipertensos en 6 meses presentaban una media de 33.000 pts y una desviación típica de 45.000, de los diabéticos una media de 38.000 pts (desv. típica : 47.000 ptas). Variabilidad que se reiteraba en otros tipos de pacientes crónicos.

ANEXO 1: Algunos ejemplos de Objetivos Asistenciales.

Relacionados con mejoras en la “capacidad de resolución” de los profesionales (1):

1/ Hospitalizaciones evitables por problemas de salud + frecuentes

(según diferentes fuentes: ANAC (2), DUTCH SURVEY (3)).

El 70 % de los casos se concentran en muy pocas patologías

Objetivos: defender a los pacientes ante los posibles efectos adversos de unos cuidados innecesarios: reducir yatrogenias y otros riesgos de la hospitalización.

Actividades: prevención primaria, detección precoz y control de un episodio agudo, y, seguimiento y control de los procesos crónicos.

Indicador: “tasa de hospitalizaciones por:

Adultos:

- * EPOC, Bronquitis Aguda, Asma y Neumonía.
- * Infecciones urinarias y Pielonefritis.
- * Insuficiencia Cardíaca Congestiva y Enfermedad Cardiovascular Hipertensiva.
- * DM.
- * Trastornos Neuróticos y Depresión.
- * Dolores Osteoarticulares de diferentes ubicaciones.

Niños:

- * Infecciones de las Vías Respiratorias Altas, Convulsiones Febriles y Gastroenteritis.
- * Infecciones ORL, Bronquitis, Asma y Neumonía.
- * Infecciones Urinarias y Pielonefritis”.

Relacionados con mejoras en el impacto sobre la salud (4):

2/ Disminución de la incidencia de complicaciones en los procesos crónicos mas frecuentes (se ejemplariza con la DIABETES MELLITUS).

Objetivos: mejorar la supervivencia de los pacientes, su calidad de vida y reducir los costes globales.

Actividades: formación específica de los profesionales, buena coordinación médico primaria – especialista asesor, vigilancia, identificación y reducción de los pacientes con factores de riesgo (Obesidad, tabaquismo, HTA objetivo: < 130/85, Hiperlipemia objetivo: col < 200, Tg < 200 y cHDL < 5, educación diabetológica (dieta, autoanálisis, pie diabético), cuidados clínicos apropiados (seguimiento y control metabólico: HbA1c < 6 – 7,5 %, utilización de IECAS tipo captopril con y sin asociación DM e HTA, revisiones oftálmicas periódicas, racionalización del tratamiento con antidiabéticos orales: clorpropamida vs glicazida, tratamiento intensivo vs tratamiento convencional, uso de bolígrafos, utilización de AAS 75 – 200 mg/día en diabéticos > 30 años).

Indicador: “disminución de la incidencia de:

- * Enfermedad Cardiovascular: IAM y ACV.
- * Enfermedad Vascul Periférica (ulceraciones de los pies y amputación).
- * Cetoacidosis diabética.
- * Nefropatía diabética e Insuficiencia Renal
- * Retinopatía diabética y ceguera.
- * Neuropatía diabética”.

3/ Reducción del riesgo de complicaciones (5).

(se ejemplariza con el RIESGO CARDIOVASCULAR):

Objetivos: mejorar la calidad en el control y seguimiento de los pacientes hipertensos (evaluación de la calidad científico – técnica), disminuir la incidencia de episodios coronarios en los pacientes hipertensos, adaptar los objetivos terapéuticos al nivel de riesgo cardiovascular.

Actividades: evaluar normativamente el proceso de atención al paciente hipertenso (cumplimiento de normas de correcta atención previamente especificadas), intervenir, mejorando todas las fases del proceso asistencial: despistaje, registro, cumplimiento de normas de atención, etc. Seguimiento de la evolución de los principales factores de riesgo: niveles de tensión arterial, colesterol total, índice aterogénico, consumo de tabaco y alcohol, e índice de masa corporal, principalmente.

Indicador: “% de disminución del nivel de riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos” (según la situación inicial y tendiendo al estándar de mantenimiento del riesgo cardiovascular por debajo del 20 % en los pacientes hipertensos).

Relacionados con resultados intermedios de la atención:

4/ Control de algún factor de riesgo (6).

Se ejemplariza con la Hipercolesterolemia.

Objetivos: alcanzar un control metabólico adecuado (lípidos plasmáticos) en pacientes con hiperlipemia optimizando la asignación de recursos para ello (selección de alternativas terapéuticas más coste – efectivas).

Actividades: adecuar los objetivos terapéuticos con dieta y fármacos hipolipemiantes en función del riesgo cardiovascular global y selección del tratamiento farmacológico, cuando esté indicado, en función de criterios de coste – efectividad: relación % necesario de reducción de Cldl con selección del medicamento más coste – efectivo.

Indicador: “% de reducción del colesterol LDL en los pacientes hiperlipémicos” (según la situación inicial y tendiendo a alcanzar un estándar óptimo que puede situarse entre 135 – 175 mg / dl, según que el riesgo cardiovascular global sea elevado o ligero, respectivamente.

OTROS:

- “Disminución de la incidencia de embarazos no deseados” (actividad: educación sanitaria, uso de preservativo, anticoncepción).
- “Disminución de la incidencia de VIH / SIDA” (actividad: educación sanitaria a adolescentes, uso de preservativo).
- “Disminución de la incidencia de Gripe” (actividad: citación personalizada).
- “Disminución de la incidencia de sucesos / reacciones adversas debidas a medicamentos” (actividad: adecuación de la prescripción y de la información del paciente, control y evaluación de los tratamientos sobre todo en pacientes polimedicados y ancianos).
- “Aumento de la supervivencia por diferentes tipos de cánceres” (mama, cerviz, útero). Actividad: diagnóstico y tratamiento precoces. Indicador: Tasas de Supervivencia a los 5 años.

- "Disminución de mortalidades específicas en pacientes crónicos controlados" (diabéticos y muerte por IAM, por ejemplo). Indicadores: Tasa de muertes al año de control, a los 6 meses de un primer episodio de Cardiopatía Isquémica, IAM, etc. Actividad: terapia intensiva vs terapia convencional, buen control metabólico (HbA1c).
- "Tasas de reingreso en pacientes crónicos en seguimiento" (Actividad: evaluación y adecuación del control y seguimiento).

Bibliografía manejada sobre objetivos asistenciales.

- Caminal J. "¿Qué patologías deberían resolver los equipos de atención primaria? Una aportación a partir de "las hospitalizaciones evitables por *Ambulatory Care Sensitive Conditions*?". Cuadernos de Gestión, 1999: 101-105.
- Bolívar B, Carrillo E, García A., Juncosa S, y Martínez C. "Morbilitat ATESA en l'atenció primària. Informe del registre ANAC-II". Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària del Departament de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1996.
- Van der Velden J, Bakker DH, Claessen AANC and Schellevis FG. "Dutch National Survey of General Practice. Morbidity in general practice". Utrecht: NIVEL, 1992.
- Badia X, Ondategui S. "Farmacoeconomía del tratamiento de la Diabetes Mellitus". Cuadernos de Gestión. 1999: 124-133.
- García L, García J.F., Maderuelo A, Mora M^o C, Arganda J, y, Rodríguez T. "Resultados iniciales del estudio: el control periódico del paciente hipertenso: ¿reduce su riesgo cardiovascular?". Centro de Salud de La Alamedilla, Salamanca, 1998. Documento mimeo.
- Cobos A, Muñio S, y, Bigorra J. "El consumo de estatinas en las comunidades autónomas de España: oportunidades para el ahorro". Aten Prim 1999; 24: 188-193.

NOTA DE PRENSA PARA REVISTAS PROFESIONALES

Información sobre las insulinas

Por su especial trascendencia, para nuestros pacientes diabéticos, incluimos esta nota remitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo:

El 28 de febrero del año 2001, entrará en vigor el cambio de viales de Insulina de 40 UI/ml a 100 UI/ml con el consiguiente cambio de jeringas graduadas para su administración. Por tanto, a partir de esta fecha, las Oficinas de Farmacia y Centros Sanitarios, solamente dispondrán, para su dispensación, Insulinas en viales de 100 UI/ml y jeringas calibradas para 100 UI.

El motivo de este cambio se debe a que la presencia en el mercado de diferentes concentraciones de insulinas puede crear problemas al paciente en un mundo cada vez más global y abierto. Por otra parte, la mayoría de los países pertenecientes a la Unión Europea y no pertenecientes a la U.E., ya han llevado a cabo este cambio de concentración de insulinas en viales a 100 U.I./ml.

En base a la experiencia adquirida en otros países del entorno europeo, se considera aconsejable efectuar el cambio sin periodo de coexistencia de las dos concentraciones.

También hay que tener en cuenta que cada día son más los españoles que pasan periodos vacacionales en el extranjero pudiéndose producir conflictos de dosificación al no encontrar la concentración equivalente a la disponible en España.

Asimismo a España acuden cada año más turistas, algunos de los cuales precisan insulina y, la mayoría de estos, utilizan habitualmente la de 100 UI, requiriendo por tanto continuar con esta pauta de tratamiento.

Este cambio de 40 UI/ml a 100 UI/ml, no modifica en ningún caso la dosis prescrita, la frecuencia de la administración así como el tipo y marca de insulina que se debe inyectar. La dosis de insulina en Unidades Internacionales es la misma pero el volumen a inyectar es menor, ya que la insulina de 100 UI/ml es dos veces y media más concentrada.

Este menor volumen a inyectar, conlleva una mayor duración para el paciente de cada envase de insulina, hasta dos veces y media más. Esta circunstancia, el médico la deberá tener en cuenta a la hora de prescribir el número de viales más adecuado para el paciente. Por ejemplo, si un paciente actualmente requiere cuatro viales de insulina de 40UI/ml al mes, con el mismo número de viales de 100UI/ml y manteniendo la misma dosificación tendrá insulina para dos meses y medio.

En cuanto a las personas con diabetes que utilizan los sistemas de administración tipo pluma no tendrán que hacer ningún cambio, ya que estos dispositivos utilizan insulina de 100 UI/ml.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con todos los agentes implicados, fabricantes de insulinas y jeringas, Comunidades Autónomas, Organizaciones profesionales sanitarias, Sociedades científicas, educadores en diabetes y Asociaciones de pacientes, ha puesto en marcha una campaña informativa, con el objetivo de que la implantación del cambio de concentración se lleve a cabo correctamente.

Para la implantación de este cambio existe un programa de actuaciones entre las que destaca, la elaboración de un tríptico informativo, que se entregará al paciente por el médico especialista endocrinólogo, por el médico de Atención Primaria, cuando extienda la receta para su dispensación y por el farmacéutico cuando efectúe la dispensación de la insulina.

Asimismo, se ha previsto asistir y participar en los Congresos, Reuniones y/o Jornadas que tengan relación con la diabetes para informar directamente sobre el cambio.

PUBLICACIONES DE INTERÉS/ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de Abril a 31 de Agosto de 2000)

Barbero Salado NB, Bellón García N, Gálvez Ibáñez M, Lahoz Rayo B, Maldonado Díaz I, Mejías López ME, Pérula de Torres L, Ruiz de la Rúa P, Torres Maese M.

Los artículos, publicados entre el 1 de Marzo al 31 de Agosto del 2.000, aparecen numerados al final de este apartado. Se han clasificado por ÁREAS DE INTERÉS, apareciendo debajo de cada una de ellas los números de los artículos relacionados con dicha área. Se ha elegido esta fórmula dado que un mismo artículo puede ser clasificado bajo distintas áreas. La recopilación se ha extraído de la consulta a todas las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación, y separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor. Así por ejemplo [M, II] se refiere a un metaanálisis de interés muy alto. En ocasiones, a criterio del revisor, al final de la referencia aparece un breve comentario, *en cursiva*.

TIPO DE ESTUDIO

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R.) Revisiones no sistemáticas.
- (C.) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico de Casos y Controles
- (S) Observacional analítico de Seguimiento / Cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

INTERÉS:

- Alto: I
- Muy alto: II
- Imprescindible: III

ÁREAS DE INTERES

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS_bases conceptuales, medicina de familia_profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología. (2, 4, 36, 47, 50, 58, 82, 86, 99)

RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética. (19, 20, 30, 34, 42, 44, 46, 52, 59, 66, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 103, 109, 111, 113, 120, 121, 128, 155)

DIABETES. (16, 32, 34, 53, 62, 68, 102, 109, 122, 151)
CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros. (39, 46, 48, 56, 69, 73, 83, 92, 106, 123, 124, 125, 126, 142, 153)

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías. (67, 97, 118, 127, 135, 141, 144, 153, 156)

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA. (24, 75, 129, 130, 154)

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo). (2, 10, 11, 12, 13, 30, 57, 63, 72, 110, 112, 114, 137)

SALUD LABORAL

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES: (1, 14, 15, 21, 23, 33, 43, 55, 61, 64, 74, 95, 116, 133, 140, 149)

ENFERMEDADES / PROBLEMAS DE BAJA INCIDENCIA. (27, 29, 70, 139)

MEDIOS DIAGNÓSTICOS. (2, 22, 26, 38, 51, 105, 132, 146)

INFANCIA Y ADOLESCENCIA. (23, 45, 59, 75, 76, 119, 143, 144)

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina. (17, 25, 28, 31, 34, 48, 56, 83, 84, 92, 103, 104, 107, 118, 119, 121, 143)

ANCIANOS. (2, 98)

URGENCIAS Y EMERGENCIAS. (8, 9, 131)

TERAPÉUTICA. Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones. (11, 15, 20, 21, 29, 37, 40, 41, 49, 55, 61, 64, 74, 89, 90, 91, 92, 96, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 117, 130, 136, 138, 146, 148, 150, 154)

ENTREVISTA CLÍNICA / COMUNICACIÓN. (18, 85)

ATENCION FAMILIAR. (71, 72)

ACTIVIDADES COMUNITARIAS / SALUD Y SOCIEDAD. Incluye: encuestas de satisfacción. (88, 147)

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continuada, metodología docente. (5, 65)

INVESTIGACION. Incluye: investigación cualitativa, estadística. (7, 60, 77, 78, 79, 81, 152)

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS. Incluye: Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas y Epidemiología Clínica. (6, 54)

PREVENCIÓN. Incluye: educación para la salud. (3, 19, 42, 69, 80, 92, 98, 106, 115, 120, 121, 156)

EVALUACION / GARANTÍA DE CALIDAD. Incluye: evaluación de la competencia. (64, 65, 93, 114, 138)

BIOÉTICA. (101)

PLANIFICACION / GESTIÓN. Incluye: programación, estudios de morbilidad y mortalidad. (88, 142)

INFORMATICA. Incluye: Internet y medicina. (5, 77)

OTRAS. (100)

Relación de artículos:

1. Shapiro J, Wiseman M, Lui H. Practical management of hair loss. *Can Fam Physician* 2000;46: 1469-77. [R,I]. *Una revisión sobre el manejo en la consulta de atención primaria de la pérdida de cabello.*
2. Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Poels P, Hoefnagels W, Grol R. Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 311-12. [T,I] *Los médicos generales sí son capaces de hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. El apoyo por parte de un equipo especializado puede contribuir a identificar el tipo de demencia.*
3. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Lifestyle health risk assesment. Do recently trained family physicians do it better? *Can Fam Physician* 2000;46:1609-1616. [C,I]
4. Hall K, Giles - Corti B. Complementary therapies and the general practitioner. *Australian Family Physician* 2000;29:602-6[T, I].
5. Liaw ST, Ugoni AM, Cairns C. Computer education. Don't forget the older GPs. *Australian Family Physician*.2000; 29: 802-5 [C, I]. *Los cursos de informática para médicos mejoraron las habilidades de todos ellos , aunque la mejoría fue mucho mayor en aquellos con más de 55 años. (independientemente del entrenamiento previo)*
6. Wilson E, Nasrin D, Banwell C, Broom D, Douglas R. Realities of practice. Engaging patients and GPs in developing clinical practice guidelines. *Australian Family Physician* 2000; 29:498- 503 [C,I]
7. Robinson G, Gould M. What are the attitudes of general practitioners towards research? *Br J Gen Pract* 2000; 50:390-92. [C,I] *En una encuesta realizada a médicos generales (GPs) el 90% opinó que la investigación en Atención Primaria es importante siendo las áreas prioritarias las patologías crónicas, la organización de la atención primaria y el análisis de la conducta de los pacientes.*
8. Kapasi H, Kelly L, Morgan J. Thrombolysis in the air. Air-ambulance paramedics flying to remote communities treat patients before hospitalization. *Can Fam Physician* 2000; 46: 1313-19. [QE,I]. *Evaluación inicial de un programa piloto en el que, tras llegar el helicóptero de emergencias se clasifica a los pacientes subsidiarios de trombolisis y se les proporciona en su caso transportándoles entonces al hospital de referencia.*
9. Alkhenizan A, Evans M. What Tests for suspected myocardial infarction? Serum cardiac troponin I or creatine kinase? *Can Fam Physician* 2000; 46: 1585-91. [T,II]. *A partir de un estudio de corte evalúa la utilidad de la Troponina I para el diagnóstico de confirmación del infarto de miocardio observándose una sensibilidad y valor predictivo negativo del 100 %. Además se compara su sensibilidad y especificidad con la CK-MB (igual de específica pero menos sensible) y con la CPK total , inferior a las dos anteriores.*
10. Dowrick C, Bellon J, Gómez M. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Prat* 2000; 50: 361-65. [CC,II] *El factor predictor principal del paciente hiperfrecuentador fue la sintomatología depresiva, siendo la prevalencia de depresión similar en Liverpool, en Granada.*
11. Mason J, Freemantle N, Eccles M. Fatal toxicity associated with antidepressant use in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 366-70. [T,I] *La muerte por sobredosis de antidepresivos es muy rara, pero si buscamos seguridad, puede estar justificado el uso de ISRS o lofepramina en lugar de los antidepresivos tricíclicos clásicos.*
12. Mc Gillion J, Wanigaratne S, Feinmann C, Godden T, Byrne A. Treatment of drug misusers. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 385-6. [C,I] *En una encuesta realizada a médicos generales más de la mitad reconoció desconocimiento de las cuestiones relacionadas con el abuso de opiáceos.*
13. García J, Sanz Z. The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain. *Br J Gen Pract* 2000; 50; 487-88. [C,I]
14. Verest L, Van Esch W, Ree J, Stobering E. Management of acute uncomplicated urinary tract infections in general practice in the south of the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 309-10. [S,I] *En este estudio prospectivo con 292 mujeres, se analiza por un lado el Valor Predictivo Positivo y Negativo de los nitratos y leucocitos en orina y por otro cuáles son los antibióticos más prescritos en la ITU.*
15. Fenwick E, Briggs A, Hawke C. Management of urinary tract infection in general practice: a cost-effectiveness analysis. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 635-39. [S,I] *El empleo de la antibioterapia empírica en los casos de sospecha de ITU es coste efectiva aunque puede aumentar la resistencia a antibióticos, por ello, la realización previa de una tira de orina (dipstick) se considera más adecuado.*
16. Adler A, Stratton IM, Neil M, Yudkin JS, Matthews DR, Cuel CA, et al. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. *BMJ* 2000; 321: 412-9. [S,II]
17. Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss population based register linkage study. *BMJ* 2000; 320: 1708-12. [T,I]
18. Barnes J, Kroll L, Burke O, Lee J, Jones A, Stein A. Qualitative interview study of communication between

- parents and children about maternal breast cancer. *BMJ* 2000; 321: 479-482. [T, I]. *BMJ* 2000; 321: 479-482.
19. Biener L, Harris J, Hamilton W. Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis. *BMJ* 2000; 321: 351-354. [QE, II]
 20. Bollinger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Biljon X, Robidou A, Westin A, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000; 321: 329-333. [EC, II]
 21. Burge PS, Calverley PMA, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ* 2000; 320: 1297-303. [EC, I]
 22. Carley SD, Libetta C, Flavin B, Butler J, Tong N, Sammy I. An open prospective randomised trial to reduce the pain of blood glucose testing: ear versus thumb. *BMJ* 2000; 321: 20. [EC, II]
 23. Caruana L, Petrie MC, Darie AP, McMurry JV. Do patients with suspected heart failure and preserved left ventricular systolic function suffer from «diastolic heart failure» or from misdiagnosis? A prospective descriptive study. *BMJ* 2000; 321: 215-9. [S, I]
 24. Clark CE, Coota JM, Silver DAT, Halpin DGM. Asthma after childhood pneumonia: six year follow up study. *BMJ* 2000; 320: 1514-1516. [T, I]
 25. Cook AJC, Gilbert RE, Buffalano W, Zufferey J, Petersen E, Jenum PA, et al. Sources of toxoplasma infection in pregnant woman: European multicentre case-control study. *BMJ* 2000; 321: 142-147. [CC, I]
 26. Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth R. Temperature measured at the axile compared with rectum in children and young people: systematic review. *BMJ* 2000; 320: 1174-8. [M, I]
 27. Chapman S, Cornwall J, Righetti J, Sung L. Preventing dog bites in children: randomised controlled trial of an educational intervention. *BMJ* 2000; 320: 1512-1513. [EC, I]
 28. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J, Ebdon D, Macpherson M, Bradley S. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. *BMJ* 2000; 321: 486-489. [CC, I]
 29. Dickson R, Awasthi S, Williamson P, Demellweek C, Garner P. Effects of treatment for intestinal helminth infection on growth and cognitive performance in children: systematic review of randomised trials. *BMJ* 2000; 320: 1697-1701. [EC, I]
 30. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Smoking and dementia in male British doctors: prospective study. *BMJ* 2000; 320: 1097-102. [S, I]
Se comparan los accidentes producidos mientras se estaba tomando uno de los siguientes antihistaminicos: fexofenadina, acrivastina, cetiricina y loratadina.
 31. Farmer RDT, Williams TJ, Simpson EL, Nightingale AL. Effect of 1995 pill scare on rates of venous thromboembolism among women taking combined oral contraceptives: analysis of General Practice Research Database. *BMJ* 2000; 321: 477-479. [T, I]
 32. Gray A, Raikon M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Lull C, et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41) *BMJ* 2000; 320: 1373-8. [EC, II]
 33. Hobbs R. Can heart failure be diagnosed in primary care? *BMJ* 2000; 321: 188-9. [AO, I]
 34. Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE, Hofstetter CR, Bernert JT, Pirkle J. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 337-342. [EC, II]
 35. James M, Turner DA, Broadbent DM, Vora J, Harding SP. Cost effectiveness analysis of screening for sight threatening diabetic eye disease. *BMJ* 2000; 320: 1627-31. [T, I]
 36. Kinnorsley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Torton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «some day» consultations in primary care. *BMJ* 2000; 320: 1043-8. [EC, I]
 37. Lahat E, Goldman M, Barr J, Bistrizter T, Berkovitch M. Comparison of intranasal midazolam with intravenous diazepam for treating febrile seizures in children: prospective randomised study. *BMJ* 2000; 321: 83-86. [EC, I]
 38. Landray M, Lehman R, Arnold I. Measuring brain natriuretic peptide in left ventricular systolic dysfunction in general practice: cross-sectional study. *BMJ* 2000; 320: 985-6. [T, I]
 39. Langman MJS, Cheng KK, Gilman EA, Lancashire RJ. Effect of anti-inflammatory drugs on overall risk of common cancer: case-control study in general practice research database. *BMJ* 2000; 320: 1642-1646. [CC, I]
 40. Lonn E, McKelnie R. Drug treatment in heart failure. *BMJ* 2000; 320: 1188-92. [R, I]
 41. Mann RD, Pearce GL, Dunn N, Shakir S. Sedation with «non-sedating» antihistamines: four prescription event monitoring studies in general practice. *BMJ* 2000; 320: 1184-7. [S, I]
 42. Meade TW, Brennan PJ. Determination of who may derive most benefit from aspirin in primary prevention: subgroup results from a randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 13-17. [EC, II]. *BMJ* 2000; 321: 13-17.
 43. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women 40-60: longitudinal study. *BMJ* 2000; 320: 1429-1432. [T, I]
 44. O'Brien E, Coats A, Owens P, Petrie J, Padfield PL, Littler WA, et al. Use and interpretation of ambulatory blood pressure monitoring: recommendations of British Hypertension Society. *BMJ* 2000; 320: 1128-34. [R, I]
 45. Ong K, Ahmed M, Emmett P, Preece M, Durger D. Association between postnatal catch up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 967-71. [S, I]

46. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329. [CC, II]
47. Rogers S, Humphrey C, Nazareth I, Lister S, Tomlin Z, Haines A. Designing trials of interventions to change professional practice in primary care: lessons from an exploratory study of two change strategies. *BMJ* 2000; 320: 1580-1583. [EC, I]
48. Schwartz LM, Woloshin S, Sox HC, Fischhoff B, Welch HG. US women's attitude to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. *BMJ* 2000; 320: 1635-1640. [T, I]
49. Shrewsborg S, Pyke S, Britton M. Meta-analysis of increased dose of inhaled steroid or addition of salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA). *BMJ* 2000; 320: 1368-73. [M, I]
50. Shum Ch, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clements S. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 1038-43. [EC, I]
51. Smith H, Pickering RM, Struthers A, Simpson I, Mant D. Biochemical diagnosis of ventricular dysfunction in elderly patients in general practice: observational study. *BMJ* 2000; 320: 906-8. [T, I]
52. Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-1447. [T, I]
53. Stratton IM, Adler AI, Neil H, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000; 321: 405-12. [S, II]
54. Sutton AJ, Duval SJ, Tweedie RL, Abrams KR, Jones DR. Empirical assessment of effect of publication bias on meta-analysis. *BMJ* 2000; 320: 1574-1577. [T, I]
55. Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH, McSharry C, Aitchison TC. Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *BMJ* 2000; 321: 471-476. [EC, I]
56. Teale GR, Moffitt DD, Mann CH, Luesley DM. Management guidelines for women with normal colposcopy after low grade cervical abnormalities: population study. *BMJ* 2000; 320: 1693-1696. [T, II]
57. Upton MN, McConnachie A, McSharry C, Hart CL, Smith GD, Gillis CR, et al. Intergenerational 20 year trends in the prevalence of asthma and hay fever in adults: the Midspan family study surveys of parents and offspring. *BMJ* 2000; 321: 88-92. [QE, I]
58. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000; 320: 1048-53. [EC, I]
59. Wakefield M, Chaloupka FJ, Kanfanan NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321: 333-7. [T, I]
60. Wilson S, Delaney BC, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn AM. Randomised controlled trials in primary care: case study. *BMJ* 2000; 321: 24-27. [T, I]
61. Azagra Ledesma A, Gené Tous E, Bonét Simó JM, Solé Sancho F, Calvè Calvo X. Beneficios del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter Pylori* en pacientes ulcerosos en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25:377-382. [T, I].
62. Mundet Tudurí X, Carmona Jiménez F, Gussinyer Canabal P, Tapia Mayor I, García Villena I, Furrús Palou M, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2. Evolución tras cinco años de seguimiento. *Aten Primaria* 2000; 25:405-411. [T, I]
63. Larrosa Saez P, Vernet Vernet M, Sender Palacios MJ, Simó Cruzet E, Ureña Tapia M, Jovell Fernandez E. Intervención antialcohólica en bebedores crónicos en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25:489-492. [T, I].
64. Meseguer Barros CM, Fidalgo García ML, Rubio Cebrián S. Análisis coste-efectividad del tratamiento de la hiperplasia prostática benigna de grado moderado. *Aten Primaria* 2000; 25: 546-551. [EC, I].
65. Madueño Caro AJ, Martín Olmedo PJ, García Martí E, Benítez Rodríguez E. Evaluación del conocimiento teórico-práctico de los sistemas de inhalación en médicos de atención primaria, posgrado en formación y pregrado. *Aten Primaria* 2000; 25:639-643. [T, II].
66. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Celotti Gómez B, Gascón Vivó J, Martín de Pablos JL, Gil Rodríguez R, et al. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante dos años mediante educación sanitaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 5-10. [EC, I].
67. Andueza Ortuna J, Pérez Trullén A, Moreno Iribas C. Estudio de las características clínicas de la tuberculosis respiratoria y su demora diagnóstica. *Aten Primaria* 2000; 26:26-29. [T, I].
68. Antón Sanz MC, Saiz Careaga MT, Tormos Pérez I, Pérez-Torregrosa T, Sánchez Calso A. Evaluación del control oftalmológico del paciente diabético en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26:30-34. [T, II].
69. Redondo Horcajo AM, Guerra Merino A, Pinedo Garrido G, García Aranda R. Prevención del cáncer de cérvix. Comparación de la calidad de la muestra según utilizemos bastoncillo o cepillo cervical. *Aten Primaria* 2000; 26: 38-41. [T, I].
70. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000; 26:91-95. [T, I].
71. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutiérrez Cuadra P, Gonzalo Jimenez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto del cuidar. *Aten Primaria* 2000; 26:139-144. [T, I]
72. Fernández del Palacio M, García Domínguez JC, López Fernández I, Etxebarria Foronda I, Díaz de Alda Aizpurúa M, López Díaz A. Familia extensa troncal y enfermedad mental en un área de salud rural. *Aten Primaria* 2000; 26:157-161. [T, I].

- Concluye que la familia extensa troncal es un factor de riesgo para la enfermedad mental.*
73. Robin M Wilson R. Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. *BMJ* 2000;320: 1352-1353. [AO, II].
 74. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ, Smeeth L. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. Commentary: patients, preferences, and evidence. *BMJ* 2000; 320: 1380-1384. [T, II].
 75. Buston KM, Wood SF. Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management. *Fam Practice* 2000 17: 134-138. [T, I].
 76. Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. *Family Practice* 2000 17: 156-158. [T, I].
 77. Eccles M, Grimshaw J, Steen N, Parkin D, Purves I, McColl E, Rousseau N. The design and analysis of a randomized controlled trial to evaluate computerized decision support in primary care: the COGENT study. *Fam Practice* 2000 17: 180-186. [EC, II].
 78. Bell-Syer SEM, Moffett JAK. Recruiting patients to randomized trials in primary care: principles and case study. *Fam Practice* 2000 17: 187-191. [CC, I].
 79. Campbell MK, Mollison J, Steen N, Grimshaw JM, Eccles M. Analysis of cluster randomized trials in primary care: a practical approach. *Fam Practice* 2000 17: 192-196. [AO, I].
 80. Moore H, Adamson AJ, Gill T, Waine C. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Fam Practice* 2000 17: 197-202. [R, I].
 81. Dalfo Baqué A, Badia Llach X, Roca-Cusachs A, Aristegui Ruiz I, Roset Gamisans M Validación de cuestionarios de calidad de vida en Hipertensión arterial para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. *Aten Primaria* 2.000; 26: 96-103. [T, I]
 82. Lawor D, Keen S, Neal R. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 455-59. [C, I]
La mayoría de los médicos prefieren hacer una prevención secundaria y aconsejar estilos de vida saludables sólo en la población de alto riesgo.
 83. Bailey J, Kvanagh J, Owen C, Mc Lean K, Skinner C. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 481-82. [S, I]
El hallazgo de HPV en el grupo de lesbianas que exclusivamente había tenido relaciones con mujeres demuestra según los autores la necesidad de DPC también en este grupo de mujeres. Estudio curioso que podría replantear el origen etiopatogénico del HPV y las indicaciones de la DPC.
 84. Haslam Ch. A targeted approach to reducing maternal smoking. *Br J Gen Pract*; 50: 661-63. [AO, I]
 85. O'Brien C, Cambouropouleo P. Combating information overload: a six-month pilot evaluation of a knowledge management system in general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 489-90. [C, I]
Evaluación de un programa electrónico "biblioteca activa" de fácil y rápido acceso, ideado para obtener información durante la consulta. Tras un correcto aprendizaje de técnicas de búsqueda, el tiempo medio estimado para la obtención de la información es de sólo 40 segundos.
 86. Summerton N. Trends in negative defensive within general practice. *Br J Gen Pract* 2000;50 : 565-66. [C, I]
Sobre la tendencia creciente a la medicina defensiva en detrimento de los pacientes de forma individual y de la Salud Pública.
 87. Potuin L, Richard L, Edwards A. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: relationships with indicators of socioeconomic status. *Can Med Assoc J* 2000; 162 Supl 9: 5-12. [T, I]
 88. Choinière R, Lafontaine P, Edwards A. Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *Can Med Assoc J*; 162 Supl 9: 13-24. [T, I]
 89. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 1: Thiazide diuretics. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 57-60. [R, I]
 90. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 2: b-Blockers. *Can Med Assoc J* 2000; 162: 188-92. [R, I]
 91. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 3: Angiotensin-converting-enzyme inhibitors. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 293-6. [R, I]
 92. Mamdani M, Tu K, van Walraren C, Austin P, Naylor D. Postmenopausal estrogen replacement therapy and increased rates of cholecystectomy and appendectomy. *Can Med Assoc J* 2000; 162: 1421-24. [S, I]
 93. Niettinem O. Screening for lung cancer: Can it be cost-effective? *Can Med Assoc J* 2000; 162: 1431-36. [AO, I]
 94. Single E, Rehm J, Robson L, van Troung M. The relative risk and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *Can Med Assoc J* 2000; 162: 1669-75. [T, I]
 95. Veldhuyzen S, Flook N, Chiba N, Armstrong D, Barkun A, Bradette M, et al. An evidence based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. *Can Med Assoc J* 2000; 162 Supl 12: 3-23. [M, I]
 96. Preyde M. Effectiveness of massage therapy for subacute low-back pain: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* 2000; 162: 1815-20. [EC, I]
 97. Tomlinson DR, Colebunders R, Coppieters Y, Dreezen C, Andraghetti R, Fleerackers Y, et al. Primary care involvement in human immune deficiency virus infection—a pan-European view. *Fam Pract* 2000; 17: 288-292. [T, I]
Compara los cuidados prestados en atención primaria a los pacientes VIH-positivos de Europa. Se realiza me-

- diante un cuestionario autoadministrado; los pacientes son seleccionados de los centros de tratamiento de pacientes con SIDA/VIH y organizaciones de apoyo a pacientes VIH.*
98. Eekhof JAH, De Bock GH, Schaapveld K, Springer MP. Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice. *Fam Pract* 2000; 17: 329-333. [EC, I]
Cuestiona la realización de pruebas de screening en ancianos con patología altamente prevalente como son: defectos de la visión y el oído, incontinencia urinaria y alteraciones de la marcha.
 99. Kuyck WGE, de Wit NJ, Kuyvenhoven MM. Do doctors pay attention to the religious beliefs of their patients? A survey amongst Dutch GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 230-232. [T, I]
Mide, por medio de un cuestionario con una escala Likert, si los médicos prestan atención a las creencias religiosas de los pacientes en distintas situaciones clínicas.
 100. Corry M, Bonner G, McEntee S, Dugan J, MacAuley D. Hospitals do not inform GPs about medication that should be monitored. *Fam Pract* 2000; 17: 268-271 [T, I]
Mide la calidad de los informes de alta, como clave de la comunicación, entre los Hospitales y Atención Primaria, basándose en si proporcionan información en relación a la monitorización de determinadas terapéuticas y/o sus efectos secundarios.
 101. Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 124-128. [T, I]
Utiliza casos clínicos probables para que los médicos de Atención Primaria se posicionen entre el derecho a la autonomía del paciente y la obligación de la promoción de salud del médico.
 102. Fonseca V, Rosenstock J, Patwardhan R, Salzman A. Effect of metformin and rosiglitazone combination therapy in patients with type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA* 2000; 283: 1695-1702. [EC, II].
 103. Shlipak MG, Simon JA, Vittinghoff E, Lin F, Barrett-Connor E, Knopp RH et al. Estrogen and Progesterin, Lipoprotein (a), and the Risk of Recurrent Coronary Heart Disease Events after menopause. *JAMA* 2000; 283: 1845-52. [EC, II].
 104. Kitzman H, Olds DL, Sidone K, Henderson CR, Hanks C, Cole R et al. Enduring effects of Nurse Home visitation on Maternal Life Course. *JAMA* 2000; 283: 1983-89. [S, II].
Estudio de seguimiento sobre los beneficios del programa de visita domiciliaria a mujeres con factores de riesgo socio-demográficos (mujeres no casadas, paradas, menores de 12 años sin escolarización ...)
 105. Slovis BS, Pliitman JD, Haas DW. The case Against Anergy Testing as a Routine Adjunct to Tuberculin Skin Testing. *JAMA* 2000; 283: 2003-7. [R, I].
La sensibilidad del test de la tuberculina es muy variable entre el 50-95 %, dependiendo de determinados factores de riesgo. Estos autores proponen realizar un test de anergia en caso de que el Mantoux sea negativo.
 106. Koss LG. Human Papillomavirus Testing as a Screening tool for cervical Cancer. *JAMA* 2000; 283: 2525. [AO, I].
 107. Peipert J. Ambulatory Gynecology. *JAMA* 2000; 283: 2630-31. [AO, II].
 108. Stern S, Altkorn D, Levinson W. Anticoagulation for Chronic Atrial Fibrillation. *JAMA* 2000; 283: 2901-2904. [AO, II].
 109. Cooper ME, Johnston CI. Optimizing Treatment of Hypertension in Patients with Diabetes. *JAMA* 2000; 283: 3177-79. [AO, II].
 110. Brauner DJ, Muir JC, Sachs GA. Treating Nondementia Illnesses in Patients with Dementia. *JAMA* 2000; 283: 3230-35. [AO, II].
Sobre el tratamiento de las enfermedades en pacientes con demencia.
 111. Cummings SR, Bauer D. Do Statins Prevent both Cardiovascular Disease and Fracture? *JAMA* 2000; 283: 3255-57. [AO, II].
Las estatinas podrían disminuir el riesgo de fracturas.
 112. Kranzler HR. Medications for Alcohol Dependence- New vistas. *JAMA* 2000; 284: 1016-17. [AO, I].
Revisión de estudios que hablan sobre el uso de ondansentrom y otras terapias en el tratamiento en el alcoholismo de comienzo precoz.
 113. Baker F, Ainsworth SR, Dye IT, Crammer C, Thun MJ, Hoffman Dietrich et al. Health Risks Associated with cigar smoking. *JAMA* 2000; 284: 735-40. [R, I].
Resumen de la conferencia de la Sociedad Americana del Cáncer.
 114. Campbell TL, Franks P, Fiscella K, McDaniel SH, Zwanzinger J, Mooney C et al. Do physicians who diagnose more mental health disorders generate lower health care costs? *J Fam Pract* 2000; 49: 305-310. [T, II]
 115. Terry PE, Healey ML. The physicians role in educating patients. *J Fam Pract* 2000; 49:314-18. [CC, I]
 116. Hueston WJ, Mainous AG, Dacus EN, Hopper JE. Does acute bronchitis really exist? A reconceptualization of acute viral respiratory infections. *J Fam Pract* 2000; 49:401-406. [S, II]
Se pregunta si realmente se usan los criterios diagnósticos de bronquitis aguda o se diagnostica para justificar el uso de antibióticos en las infecciones respiratorias de vías altas.
 117. Dosh SA, Hickner JM, Mainous AG, Ebell MH. Predictors of antibiotic prescribing for nonspecific upper respiratory infections, acute bronchitis, and acute sinusitis. *J Fam Pract* 2000; 49: 407-14. [T, II]
 118. Quinlan JD, Hill DA, Maxwell BD, Boone S, Hoover F, Lense JJ. The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy. *J Fam Pract* 2000; 49: 447-8. [S, I]
 119. Mahoney MC, James DM. Predictors of anticipated breastfeeding in an urban low-income setting. *J Fam Pract* 2000; 49:529-33. [T, II]
 120. White HD, Simes RJ, Anderson NE, Graeme J, Hamkey J, Watson J, Hunt D, et al. Pravastatin therapy and the risk of stroke. *N Engl J Med* 2000; 343: 317-26. [EC,II]

121. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willet WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000; 343: 16-22. [EC,II]
122. Chandalia M, Garg A, Lutjohann D, Bergmann K, Grundy S, Brinkley J. Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 Diabetes Mellitus. *N Engl J Med* 2000; 342:1392-98. [EC,II]
123. Schatzkin A, Lanza E, Corle D, Lance P, Iber F, Can B, et al. Lack of effect of a low-fat, high-fiber diet on the recurrence of colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2000; 342: 1149-55. [EC, II]
124. Alberts DS, Martinez ME, Roe DJ, Guillen JM, Marshall JR, Leeuwen JB, et al. Lack of effect of a high-fiber cereal supplement on the recurrence of colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2000; 342:1156-62. [EC,II]
125. Pasi AJ, Mayer RJ. Chemoprevention of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 342: 1960-68. [R, I]
126. Chebowski RT. Reducing the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2000;343: 191-8. [R I]
127. Kovacs JA, Masur H. Prophylaxis against opportunistic infections in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 2000; 342: 1416-1429. [R,II]
128. Peppard PE, Yaug T, Palta M, Skatud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000; 342: 1378-84. [S,II]
129. Barnes PJ. Chronic Obstructive Pulmonary Diseases. *N Engl J Med* 2000; 343: 269-280. [R,II]
130. Suirse S, Ernot P, Benayoun S, Baltzan M, Cai B. Low-dose inhaled corticosteroids and the prevention of death from asthma. *N Engl J Med* 2000; 343: 332-36. [S,II]
131. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. *N Engl J Med* 2000; 342:1187-95. [R,I]
132. Pratt DS, Kaplan MM. Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 1266-71. [R,II]
133. Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med* 2000; 343: 345-51. [R,I]

134. Gan SC, Beaver SK, Houck PM, Maclehose R, Lawson HW, Chan L. Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. *N Engl J Med* 2000; 343: 8-15. [S,I]
135. Ryan ET, Kain KC. Health advice and immunizations for travelers. *N Engl J Med* 2000; 342: 1716-25. [R,II]
136. Baños F, Madrideo R, Cabezas C, Burrull M, Lafuente C, Morera R, et al. Efectividad de la combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina en la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcus péptico activo: resultados preliminares del Estudio GEHPY. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 441-43. [EC, II]
137. Aparisi L, Navarro S, Pérez M, Bautista D. Prevalencia de la disfunción pancreática y de la desnutrición en pacientes alcohólicos en programa de deshabitación. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 444-48. [T,I]
138. Gomollón F, Valdepérez J, Garuz R, Fuentes J, Barrera F, Malo J, et al. Análisis coste-efectividad de dos estrategias de erradicación de *Helicobacter pylori*: resultados de un estudio prospectivo y aleatorizado en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 1-6. [S, II]
139. Parés A, Tresserras R, Núñez I, Cerralbo M, Plana P, Pujol FJ, et al. Prevalencia y factores asociados a la presencia de esteatosis hepática en varones adultos aparentemente sanos. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 561-65. [T, II]
140. González MA, Condon MJ. Disability from low back pain in Spain. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 491-92. [T, II]
141. Castilla J, De la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de SIDA en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 85-89 [T, I]
142. Fernández E, Borrab JM, Levi F, Schiaffino A, García M, La Vecchia C. Mortalidad por cáncer en España, 1955-1994. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 449-51. [T, II]
143. Pérez M, Gual P, De Irala J, Martínez MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de desordenes alimentarios en una muestra representativa de mujeres adolescentes en Navarra. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 481-86. [T, I]
144. Campins M, Moraga FA. La tos ferina en el adolescente y el adulto. Epidemiología e implicaciones para la vacunación. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 661-64. [AO, II]
La vacunación en adolescentes y adultos pronto va a ser realidad, se plantea si pudiese ser conveniente una vacunación universal en un futuro.
145. Romero M, Vargas J, Grande L, Otero MA, Bernal S, Castro M. Utilidad de la detección de antígenos de *Helicobacter pylori* en heces en el diagnóstico de infección y en el control de la erradicación tras el tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 571-3. [S, II]
146. De la Serna C. Angioedema y reacción urticariforme inducidos por valsartán. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 599. [AO, I].
Carta al director en que se presenta un segundo caso clínico de angioedema por valsartán.
147. Moreno JM, Gomis P, Valero MA, León-Sanz M. Nutrición parenteral domiciliaria. Experiencia de un programa combinado (adultos-niños) a lo largo de 6 años. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 617-18. [T, I]
148. Reverter JC. Antiagregantes plaquetarios. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 214-15. [R,II]
149. Bermejo F, Boixeda D, Gisbert JP, Defarges V, Martín de Argila C, Sanz JM, et al. Efecto de la erradicación de *Helicobacter pylori* sobre la recurrencia de la úlcera gástrica a lo largo de 12 meses. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 201-4. [S, II]
150. Castellote J, Porta F. La asociación de ranitidina-citrato de bismuto con dos antibióticos en la erradicación de *Helicobacter pylori*. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 119. [EC, I]
151. Costa B, Martín F, Donado A, Parera F, Piñol JL, Basora J, et al. Diabetes ignorada y otras alteraciones del metabolismo glucídico en la población española de alto riesgo. El estudio ITG. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 601-8. [T, II]
152. Trilla A, Aymerich M, Giol M, Carné X, Asenjo MA, Rodés J. Análisis comparativo de las publicaciones realizadas por autores españoles (1993-1997) en revistas clínicas con factor de impacto elevado. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 609-13. [R, II]
153. Vall M, De Sanjosé S. El cáncer de cuello uterino y la influencia del VIH en su desarrollo en mujeres jóvenes desfavorecidas socialmente. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 656-57. [AO,I]
154. Riancho JA, Portero I, Cubián I. Eficacia de los glucocorticoides en las reagudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: metaanálisis de los estudios publicados. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 681-84. [M, I]
155. Rovira E, Julve R, Pascual JM, Miralles A, Redon J. Estudio de los factores relacionados con los cambios en la microalbuminuria durante el tratamiento antihipertensivo. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 721-25. [S,I]
156. Martínez E, Cuadra F, Solera J, Maciá MA, Geijo P, Sánchez PA, et al. Evaluación de dos pautas de quimioprofilaxis tuberculosa en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:161-5. [EC, I]

Actividades Científicas

- **XXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (semFYC)**
DONOSTIA – SAN SEBASTIAN 14 – 15 – 16 - 17 NOVIEMBRE 2001
Secretaría Técnica: semFYC Congresos
Carrer del Pi Nº 11, 2ª planta, local 13
08002 Barcelona
Tfno: 93-3177129
<http://www.semfyec.es/donostia2001>

- **XV JORNADAS DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA/ XI JORNADAS DE HIPATIA**
GRANADA 30 DE NOVIEMBRE, 1 Y 2 DE DICIEMBRE DE 2000.
EASP
Tfno: 958-027400
e-mail: comunicación@easp.es

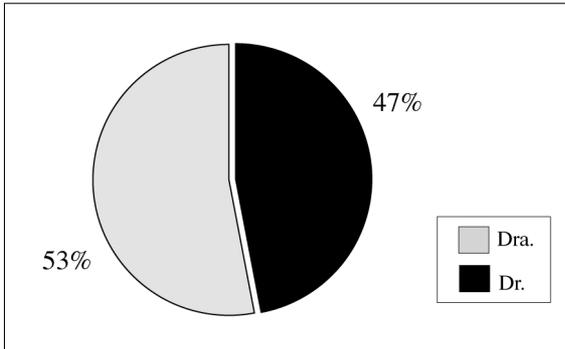
- **XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)**
CÁDIZ 7 – 8 – 9 JUNIO 2001
Secretaría Técnica: Viajes Rico
C/Ancha Nº 9 (Cádiz)
Tf.: 959-223109 - Fax: 959-223301
e-mail: samfyec@samfyec.es

- **XVI CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA DE FAMILIA WONCA 2001**
Durban. Sudáfrica, 13-17 mayo 2.001
URL: <http://www.wonca2001.org.za>

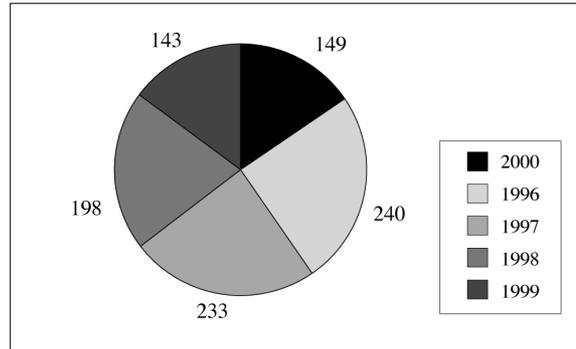
- **CONFERENCIA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE MEDICINA GENERAL Y MEDICINA DE FAMILIA WONCA Región Europea 2001**
Tampere (Finlandia)
3-7 Junio 2001
Tlf: 358 3 215 72 28

COMPOSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL Nº DE SOCIOS Y DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

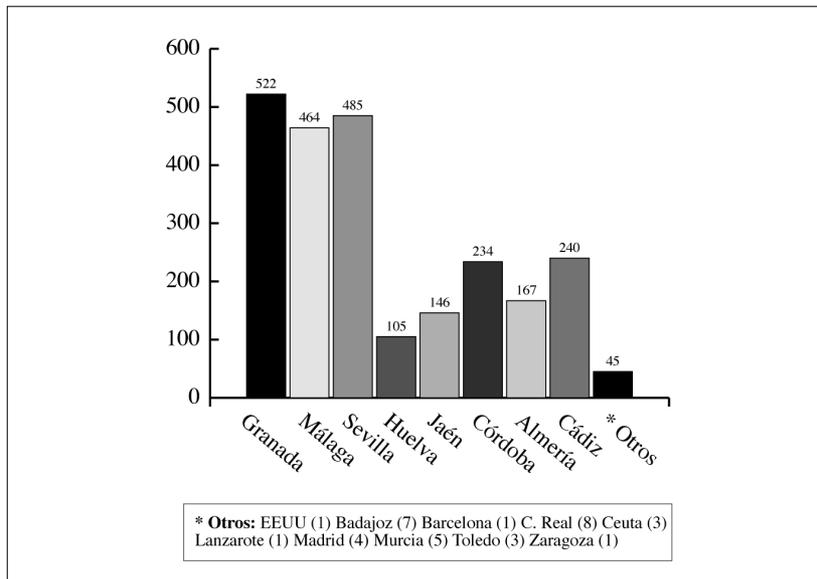
Dr./Dra.



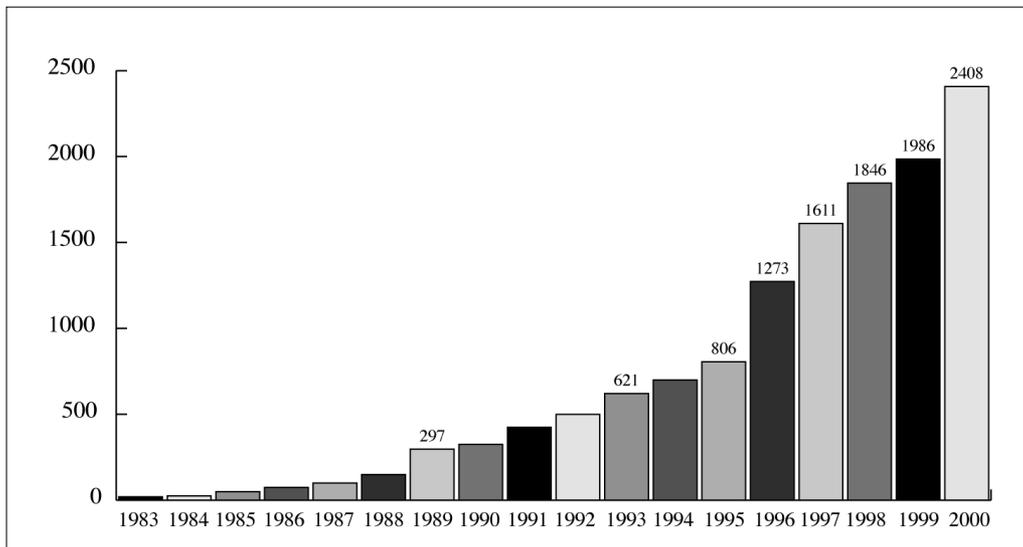
R 1 desde 1.996



Distribución por provincias



Evolución de la SAMFyC, desde 1.983 hasta 2.000



Información para los autores.

Para una información más detallada pueden consultar:

- 1.- Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> → Revista, o también: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>
- 2.- Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.- Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 111-112.

Medicina de Familia. Andalucía es una revista médica especialmente dirigida a los médicos de familia andaluces y a todos aquellos otros profesionales sanitarios de ámbito nacional o internacional que puedan verse reflejados en los contenidos de nuestra publicación. La revista da una especial bienvenida a los originales en lengua hispana provenientes de América Latina.

La revista cuenta con las siguiente **secciones**:

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico?: En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Otras secciones: La revista cuenta con otras secciones (editoriales, publicaciones de interés, actividades científicas, artículos de revisión, temas a debate, área docente, el espacio del usuario, sin bibliografía). Su redacción suele ser por encargo del consejo de redacción. Los interesados en colaborar a título individual pueden contactar con miembros del consejo de redacción, o consultar las normas editoriales en el número 0 de la revista en nuestra página Web.

NORMAS PARA LOS ORIGINALES:

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

A. Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras y mínima de 150. En él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título del trabajo: en él se mencionarán las variables más importantes así la población de estudio.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios

de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendentes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

B.- Artículo completo:

Introducción: *Debe explicar muy brevemente fundamento del trabajo y al final explicitar claramente los objetivos del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.*

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá en números volados como superíndice. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: *Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.*

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

Ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

A. Artículos de revista

A.1. Artículo de revista ordinario.

A.1.1. *Seis o menos autores*: Enumere todos los autores. Vega KJ, Pina L, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

A.1.2. *Más de seis autores*: Enumere los primeros seis autores y añada la expresión «et al». Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006.

A.2. *Organización como autor*: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

A.3. *No se indica el nombre del autor*: Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med* 1994;84:15.

A.4. *Suplemento de un volumen*: Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

A.5. *Suplemento de un número*: Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2): 89-97.

A.6. *Sin número ni volumen*: Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

A.7. *Indicación del tipo de artículo, según corresponda*. Enzensberger W, Fischer PA. Metronie in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement L, De Bock R. Nephrological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

A.8. *En prensa*: Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa).

B. Libros y otras monografías

B.1. *Individuos como autores*: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

B.2. *Directores («editores»), compiladores como autores*: Norman IJ, Redfern SI, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

B.3. *Organización como autor y editorial*: Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

B.4. *Capítulo de libro*: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Lara BIH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

B.5. *Libros de ponencias y comunicaciones a congresos*: Kimura L, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 15th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

C. *Artículo de revista en formato electrónico*: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect*. URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Última actualización: Junio 1999.

CONSEJO DE REDACCIÓN. El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión sea comunicada a los autores.

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara a uno o dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *ENTER*.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

El título del trabajo figurará también en la página del Resumen.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

Consejo de Redacción. Revista Medicina de Familia. Andalucía
Apartado Postal nº 20. 18110 –Las Gabias- Granada (España)

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (en la página Web puede encontrarse una carta modelo):

- Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas* o sus sucesivas actualizaciones.
- En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación
- Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.
- En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.
- En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.
- Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.