

Impacto de la comercialización de fentanilo transdérmico en atención domiciliar de enfermos neoplásicos terminales

Objetivo. Analizar el impacto que ha tenido en atención domiciliar de enfermos neoplásicos terminales la introducción en nuestro país de los parches de fentanilo-TTS, comparando el uso de la vía subcutánea (s.c.) de tercer escalón entre el año 1997 (fentanilo no comercializado) y el año 2000 (fentanilo comercializado). La hipótesis de trabajo es que el uso del fentanilo-TTS se acompaña de una disminución en el uso de la morfina por vía s.c. para el control del dolor en los pacientes neoplásicos. Los objetivos específicos son cuantificar el uso de la vía s.c. de tercer escalón (número de enfermos que la utilizan y duración de su uso).

Diseño. Estudio de 2 cohortes 1997/2000.

Emplazamiento. Población urbana-suburbana y rural (157.929 habitantes).

Participantes. Pacientes diagnosticados de neoplasia terminal en los años 1997 y 2000 atendidos por el servicio de PADES (Programa de Atención Domiciliar-Equipo de Soporte) de Manresa y que fallecieron en su domicilio.

Mediciones principales. Las variables específicas estudiadas fueron: nivel de analgesia utilizada (según escala de la OMS), uso de la vía s.c. y de fentanilo-TTS (número, duración en días e indicación) y motivo de cambio de fentanilo-TTS a la vía s.c. Paralelamente se ha realizado un análisis evolutivo del uso de opioides por el mismo servicio (consumo de principios activos de la facturación del Servei Català de la Salut en DDD/1.000 H/día). También se ha analizado la evolución del consumo de *sets* de vía s.c. en el ámbito de acción del servicio.

Resultados. En la tabla 1 podemos ver las características de los 101 enfermos incluidos (50 del año 1997 y 51 del año 2000), así como el tratamiento analgésico administrado. Analizando por separado las 2 cohortes, no se observan dife-

TABLA 1. Características de los enfermos y manejo farmacológico del dolor. Población total y en los 2 grupos

	Año 1997	Año 2000	Total	p
N	50	51	101	
Varones	32 (64%)	29 (56,8%)	61 (60,3%)	0,298
Mujeres	18 (36%)	22 (43,2%)	40 (39,7%)	
Edad ($\times \pm$ DE)	77,42 $\pm$ 9,2	74,54 $\pm$ 10,34	75,97 $\pm$ 9,87	0,267
Días de PADES ($\times \pm$ DE)	32,68 $\pm$ 53,06	44,20 $\pm$ 72,3	38,50 $\pm$ 63,45	0,132
Localización				
Pulmón	8 (16%)	5 (9,8%)	13 (12,9%)	0,510
Digestivo	17 (34%)	14 (27,5%)	31 (30,7%)	
Urinario	8 (16%)	9 (17,6%)	17 (16,8%)	
Ginecológico	3 (6%)	9 (17,6%)	12 (11,9%)	
Cabeza y cuello	2 (4%)	3 (5,9%)	5 (5%)	
Otros	12 (24%)	11 (21,6%)	23 (22,8%)	
Uso de analgésicos				
Primer escalón	9 (18%)	5 (9,8)	14 (13,9%)	0,183
Segundo escalón	17 (34%)	6 (11,8%)	23 (22,8%)	0,007
Tercer escalón	41 (82%)	47 (92,2%)	88 (87,1%)	0,110
Adyuvantes				
Antidepresivos	8 (16%)	10 (19,6%)	18 (17,8%)	0,416
Anticonvulsiantes	3 (6%)	3 (5,9%)	6 (5,9%)	0,652
Corticoides	33 (66%)	31 (60,8%)	64 (63,4%)	0,368
AINE	6 (12%)	5 (9,8%)	11 (10,9%)	0,486
Benzodiazepinas	29 (58%)	35 (68,6%)	64 (63,4%)	0,184
Enfermos con vía s.c.	40 (80%)	40 (78,4%)	80 (79,2%)	
Vía s.c. tercer escalón	36(72%)	36(70,5%)	72(71,2%)	
Motivo de la vía s.c.				
Disfagia	5 (10%)	4 (7,8%)	9 (8,9%)	0,097
Mal control oral	4 (8%)	3 (5,9%)	7 (6,9%)	
Mal cumplimiento	1 (2%)	0	1 (1%)	
Debilidad extrema	12 (24%)	20 (39,2%)	32 (31,7%)	
Náuseas/vómitos	12 (24%)	2 (3,9%)	14 (13,9%)	
Control rápido del dolor	4 (8%)	6 (11,7)	10 (9,9%)	
Otros	2 (4%)	5 (9,8%)	7 (6,9%)	
No utilizada	10 (20%)	11 (21,6%)	21 (20,7%)	
Duración de la vía s.c. ($\times \pm$ DE)				
Días segundo peldaño	1,8 $\pm$ 5,2	0	0,89 $\pm$ 3,78	0,005
Días tercer peldaño	7,08 $\pm$ 10,10	6,5 $\pm$ 9,5	6,79 $\pm$ 9,78	0,860

rencias significativas en cuanto a edad, sexo, localización del tumor primitivo y días de asistencia. Tampoco se observan diferencias significativas con relación al tratamiento adyuvante, ni contrariamente a lo esperado con relación a la utilización de la vía s.c. de tercer escalón (36 pacientes en cada cohorte), ni en la utilización del tercer escalón analgésico

(por cualquier vía, oral, s.c. o t.t.). No obstante, se observa una reducción estadísticamente significativa en la utilización del segundo peldaño analgésico (del 34% al 11,8%; $p = 0,007$) y en el número de días de vía s.c. de segundo escalón (de 1,8 días a 0 días; $p = 0,005$). El número de enfermos que ha utilizado fentanilo-TTS ha sido de 18 (35,29%),

con una media de 11,5 días. El motivo de uso más frecuente ha sido la comodidad (83,33%). Un 50% de los pacientes con fentanilo-TTS ha pasado a vía s.c. (9 de los 18) y el motivo principal ha sido el mal control del dolor (8 de los 9). En el análisis evolutivo del uso de opioides se objetiva una notable disminución del uso de tramadol (del 10% al 1%), de sulfato de morfina (del 45% al 11%) y de clorhidrato de morfina (del 41% al 14%), y un espectacular aumento del uso de fentanilo-TTS, que llega a representar el 72% de la DDD/1.000/día. Con relación al uso de *sets* de vía s.c. se observa un cierto estancamiento en su consumo (69 frente a 64).

Discusión. La vía transdérmica es un buen recurso en el tratamiento del dolor oncológico avanzado¹⁻³, pero de nuestro estudio se deduce que no sustituye a la vía s.c. de tercer escalón. Esto puede deberse a que la vía s.c. está más indicada cuando el dolor es inestable y/o tiene un fuerte componente incidental y, además, será la vía de elección cuando el enfermo se encuentre en situación de últimos días-horas⁴, ya que hace posible la administración de los medicamentos que permiten controlar de forma adecuada la fase de agonía (fundamentalmente, escopolamina y midazolam). Por otra parte, en atención domiciliaria probablemente haya una tendencia a la sobreutilización de la vía s.c. debido a la no presencia continuada de profesionales sanitarios y a la importancia de la prevención de los síntomas de agonía; en este sentido, en un extenso estudio poblacional (n = 880) se observó que en situación de últimos días se utilizaba la vía s.c. en un 64,6% de los casos⁵.

Contrariamente, sí disminuye, y significativamente, la utilización del segundo peldaño, tanto por v.o. como por s.c.; ¿estamos utilizando el fentanilo como sustituto del tratamiento analgésico de segundo escalón en un estadio menos avanzado del dolor? Si fuera así, ¿sería justificable el uso de fentanilo-TTS de forma precoz si es más cómodo para el paciente y mejora su calidad de vida? Resultados preliminares de un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo, de 2 cohortes pa-

recen confirmar que el fentanilo-TTS es una buena opción terapéutica con un excelente perfil de seguridad justificando su uso sin pasar previamente por el segundo escalón de la OMS⁶. Son necesarios estudios prospectivos que aporten luz a las nuevas relaciones de uso de los diferentes opioides y de sus distintas vías de administración (v.o., v.t., s.c. y la innovadora transmucosa oral). Sin duda estos serán retos de futuro de los cuidados paliativos que están llamados a mejorar ostensiblemente el manejo del dolor por cáncer y también en atención domiciliaria.

M. Fusté i Gamisans^a
y X. Busquet Duran^b

^aABS Sant Vicenç de Catellat (Barcelona).

^bPADES-Manresa (Barcelona).

Este trabajo se presentó como póster en el XXI Congreso de la semFYC que se celebró en San Sebastián el pasado mes de noviembre de 2001.

1. Vielvoye-Kerkmeier APE, Mattern C, Uitendaal P. Transdermal fentanyl in opioid-naïve cancer pain patients: an open trial using transdermal fentanyl for the treatment of chronic cancer pain in opioid-naïve patients and group using codeine. *J of Pain and Symptom Management* 2000;19:185-92.
2. Iconomou G, Viha A, Vagenakis AG, Kalofonos HP. Transdermal fentanyl in cancer patients with moderate-to-severe pain: a prospective examination. *Anticancer Res* 2000; 20:4821-4.
3. Radbruch L, Sabatowski R, Loick G, Kulbe C, Kasper M, Grond S. Constipation and the use of laxatives: a comparison between transdermal fentanyl and oral morphine. *Palliat Med* 2000;14:111-9.
4. Pascual López L, Portaceli A, Ros Sáez A. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;28:185-7.
5. Carulla Torrent J, Lynd FE, Sanz Latiesan X, Díaz Sanchis M, Castellsagué X, Piqué A, et al. Prevalencia del uso de opioides potentes en Cataluña en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. *Med Pal (Madrid)* 1999;6:67-74.
6. Cevás Chopitea J, Escudero P. Uso de fentanilo en dolor oncológico en pacientes sin tratamiento previo con opioides. VIII Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica. Valencia, octubre 2001.

Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica

La red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y en la búsqueda de atención médica, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares. El entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar. En pacientes con insuficiencia renal se ha documentado el apoyo social en el período previo al trasplante, o en pacientes con hemodiálisis^{1,2}, así como la asociación de factores psicosociales y evaluación de la calidad de vida³.

Objetivo. Evaluar el efecto que tiene la red familiar de apoyo en la asistencia al enfermo con insuficiencia renal crónica.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, por encuesta a pacientes.

Emplazamiento. Población conurbada de la ciudad de México, con características de marginalidad social.

Participantes. Pacientes con insuficiencia renal crónica, mayores de 15 años, de ambos sexos, residentes en el área de influencia, seleccionados de los registros hospitalarios, por muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluyó una muestra de 225 pacientes inscritos a esa fecha. Las pérdidas de pacientes fueron del 12%.

Mediciones principales. Se entrevistó a los pacientes en su domicilio o en el hospital, según su preferencia, y se aplicó un cuestionario previamente validado.

Las variables fueron: red familiar de apoyo, asistencia al enfermo y funcionalidad familiar, entre las más importantes. La red familiar se fundamentó, conceptual y metodológicamente, en un constructo basado en la calificación de Apgar familiar⁴; para explorar las dimensiones de funcionalidad familiar se utilizó el test de Holmes^{5,6}, que permite clasificar a la familia, de acuerdo al grado de estrés existente.

Resultados. La edad tuvo un rango de 17-82 años, con un promedio de 53 años y desviación estándar de 14 años.

El 52% son varones y un 48%, mujeres. El número de integrantes de las familias en promedio fue de 5, con un rango de 1-15 personas. El 75% de los pacientes mostró nivel bajo de escolaridad, un 21% nivel medio y el 4% nivel superior. Un 57% no cuenta con recursos económicos y el 73% de los pacientes muestra dependencia económica de algún familiar. Un total de 182 pacientes (81%) recibieron cuidados de un familiar directo (madre, hermanos), 9 pacientes (4%) de un familiar indirecto o lejano y 35 pacientes (15%) no recibieron cuidados de familiar alguno.

La evaluación del grado de estrés familiar mostró que el 30% de los pacientes no presentaba problemática relevante, el 20% mostró crisis leve, un 32% moderada y el 9% severa. Un 41% tiene familia disfuncional. La asistencia y cuidados del paciente con insuficiencia renal depende de forma significativa de las dimensiones facilitadoras de la función familiar (tabla 1).

La red familiar influyó de forma significativa en la asistencia que recibe el paciente ($p < 0,01$). También participan de manera significativa apoyo mutuo ($p < 0,01$), compañerismo ($p < 0,01$), capacidad resolutoria de la familia ($p < 0,01$), búsqueda de ayuda ($p < 0,01$) y participación del grupo familiar ($p < 0,01$).

Discusión. La mayor proporción de pacientes presentó bajo nivel educativo, y

nivel socioeconómico deficiente, lo que concuerda con datos publicados que apoyan la relación que existe entre el bajo nivel socioeconómico y mayor riesgo de morbilidad psicosocial, incluyendo depresión, hostilidad, conflictos familiares, relacionados con eventos estresantes y aislamiento, entre otros efectos⁷.

Al evaluar el contexto familiar, el apoyo familiar estuvo presente en un 41% de los pacientes. A pesar de que el paciente manifiesta apoyo familiar por tener el cuidado de un familiar directo, este elemento no parece suficiente para afirmar que su participación se da en situaciones extremas.

Los resultados contrastan con los ofrecidos por algunos sociólogos, que han mostrado un gran interés en los efectos de las relaciones sociales o familiares en la salud y bienestar, que explican la función de protección e integración social, como parte del concepto de apoyo familiar y social, que es benéfico en situaciones de crisis⁸. Con el desarrollo del análisis de las redes sociales, se hace énfasis en las características del individuo, en sus relaciones interpersonales, y por otra parte el contexto familiar o social que puede facilitar, modificar o incluso impedir, que la red de apoyo familiar se otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, trastorno o conflicto, ante la condición crítica en que se encuentra. No obstante las limitaciones del estudio, la contribución respecto a las características

de la dinámica familiar del paciente, con enfermedad crónica como la insuficiencia renal, permite identificar los patrones de funcionalidad de la familia y su influencia en la red de apoyo familiar, que dependen fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad en la comunicación⁹, conceptos que pueden ser las directrices de futuras investigaciones.

Por otra parte el tema resulta relevante, ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas representan un reto para los servicios de salud. La información puede ser útil, como parte integral de los programas de atención primaria, dirigidos a estructurar intervenciones, con estrategias individuales y familiares que permitan reforzar los valores familiares y sociales, ya que se reconoce y acepta que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo para los enfermos. Más que sustituir las fuentes de apoyo informal, como es el caso de la familia, se deben buscar las estrategias tendientes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento, por parte del equipo de salud, a partir de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares, en particular tomando en cuenta los problemas estructurales y de recursos económicos a los que se enfrenta el sistema de salud en la actualidad¹⁰.

G. Rodríguez-Ábrego^a
e I. Rodríguez-Ábrego^b

^aMédico Especialista en Epidemiología. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva. Unidad de Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estado de México.

^bTrabajadora Social. Hospital General de Zona 53. Instituto Mexicano de Seguro Social. Estado de México.

TABLA 1. Dimensiones facilitadoras de la función de la familia

Dimensión	Número	%	Ji de Mantel-Haenzel	p
Participación en la problemática familiar				
Sí	116	51	28,80	> 0,001
No	110	49		
Capacidad de compartir problemas				
Sí	152	67	72,44	> 0,001
No	74	33		
Capacidad resolutoria de la problemática familiar				
Sí	152	67	64,72	> 0,001
No	74	33		

1. Moran PJ, Christensen AJ, Ehlers SL, Bertolatus JA. Family environment, intrusive ideation, and adjustment among transplant candidates. *Ann Behav Med* 1992;21:311-6.
2. Maor Y, King M, Olmer L, Mozes B. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000;35(Suppl 1):132-140.

3. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PM. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998 32;4:557-66.
4. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physician. *J Fam Pract* 1978 17:1151.
5. Irigoyen-Coria A, Gómez Clavelina FJ, Hernández-Ramírez C, Farfan Salazar G. Diagnóstico familiar. 5.^a ed. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1996; p. 47-50.
6. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-8.
7. Fiscella K. Is lower income associated with greater biopsychosocial morbidity? *J Family Practice* 1999;48:372-7.
8. Haines AV, Hurlbert SJ, Beggs JJ. Exploring the determinants of support provision: provider characteristics, personal networks, community context, and support following life events. *J Health Social Behavior* 1996;37:252-64.
9. Velasco-Orellana R. Disfunción familiar. *Rev Med IMSS* 1994;32:272-3.
10. Karley ML, Mantulak A, Parsons D. The use of group process in the education of renal patients and families: a multicentered collaborative approach. *Journal CANNT* 1998;8:22-6.

El pediatra: del compañero de al lado al amigo consultor

Sr. Director: Una vez leída con atención la carta al director del Dr. José Cristóbal Buñuel Álvarez —viejo conocido en este tipo de discusiones¹—, en la que hace referencia a mi carta sobre el «¿Médico de familia, médico de adultos o médico de centro de salud? La infancia, una competencia a reivindicar»², tengo que iniciar mi réplica contradiciendo su última aseveración, y señalar con rotundidad que: *sí* «existen *problemas* y no son artificiales» en la atención pediátrica en nuestro país. Y somos muchos los que pensamos así³. Existe para empezar —y disculpen que me repita— el *problema* de la frecuentación de nuestros centros en estos tramos de edad —faltan aún suficientes trabajos al respecto— al especializar la atención primaria según edades. Frecuentación generada a partir de hipersensibilizar a la población de que nuestros niños deben ser atendidos por especialistas exclusivos para ellos, cuando no se dispone de suficientes especialistas para atender a todos nuestros niños las 24 horas al día.

La pediatrodependencia así generada conduce a otro *problema*: la falta de competencia del médico de familia en la atención del niño —aumento de riesgo de equivocación— cuando ocasionalmente los tiene que tratar en urgencias. Y otro *problema*: la desconfianza de los padres cuando sus hijos son atendidos por un facultativo no especialista. Y esto nos conduce a otro *problema*: la revisita por sus médicos pediatras, que genera aún mayor frecuentación, conduciendo con toda probabilidad al incremento en la prescripción de medicación y en la solicitud de pruebas complementarias.

Es un *problema*, también —y un lujo—, mantener a un especialista que dedica el 25% de su actividad —en tiempo invertido mucho más— a atender a pacientes sanos. ¿Cómo no van a acudir, por tanto, los padres al centro ante la mínima trivialidad sanitaria de sus hijos?

Y es un *problema*, por otro lado, que el médico de familia español, capacitado

TABLA 1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en España durante el período 1990-1997

Año	Tasa de mortalidad infantil/1.000 nacidos vivos
1990	7,6
1991	7,2
1992	7,1
1993	6,7
1994	6,1
1995	5,5
1996	5,5
1997	5,5

Tomado de UN HFA database 2000, OCDE Health database 1999, INE database 2000. European Observatory on Health Care Systems⁷.

formativamente para atender a los niños, se le vete administrativamente a ejercer su profesión ambulatoriamente en estos tramos de edad, y en cambio se le obligue a la atención de éstos en urgencias. Y, he aquí, una peligrosa paradoja.

No es descabellado pensar, por tanto, que el incremento de actividad de nuestros pediatras vaya aparejado con un *problema* de aumento del gasto sanitario y que el exceso de intervención aumente el riesgo de iatrogenia en nuestros niños. Aunque, lógicamente uno puede pensar que todo esto entra dentro del terreno de las especulaciones.

Y es un *problema* organizativo y de gestión real de nuestros centros —que se produce en las actividades comunes como son las urgencias— cuando un paciente, según la edad, precisa un profesional distinto. ¿Acaso existe epidemiológicamente una morbilidad distinta entre pacientes de 7-8, de 14-15, de 18-19 o de 21-22 años? Y es que la especialización del personal de los centros de primaria es un *problema*. Y es un *problema*, además, en la longitudinalidad y en la continuidad de la atención. En fin, daría mucho que hablar y el espacio de una carta al director es limitado.

En cuanto al paro, al que no considero como causante principal del problema, aunque sí coadyuvante del mismo, doy cuenta de la situación en 1999 —según la fundación CESM—, donde el paro en medicina de familia era del 0,3% frente al 4,2% de pediatría. Aun así,

todos tenemos conocimiento de la falta de pediatras para cubrir según qué plazas que interinamente se ofertan a médicos de familia. Y todo ello origina otro *problema*, cuando los residentes a mi/nuestro cargo —por su especial formación pediátrica—, al acabar su formación, son escogidos para sustituir a los pediatras en vacaciones, bajas y en plazas vacantes de pediatra, en lugar de ejercer de médicos de familia. Que lleva a otro *problema*, cuando el usuario cree que quien atiende a sus hijos es un pediatra, generándose un fraude en nuestro sistema sanitario⁴.

En cuanto a las diferencias entre médico de familia y pediatra, me remito a Barbara Starfield —refiriéndose a Estados Unidos— que, adjuntando numerosa bibliografía en su libro *Atención primaria*, señala —no textual— que existen trabajos donde los pediatras, en comparación con los médicos de familia, solicitan más pruebas analíticas y complementarias para los mismos diagnósticos, prescriben tratamientos menos precisos y utilizan parecida —a veces menor— cantidad de antibióticos. Y aunque los médicos de familia ofertan servicios más variados (p. ej., cirugía menor), recetan más inyectables y vacunan menos o igual que los pediatras (diversos estudios).

En cuanto a resultados y costes, señala que existen estudios en que el médico de familia tiende a prestar una atención primaria más efectiva y eficiente, y otros en los que no hay diferencias. No se demostró que la atención pres-

TABLA 1. Referencias bibliográficas sobre hiperfrecuentación y pautas de actuación de pediatras y médicos de familia

El problema de la hiperfrecuentación en las consultas de medicina general/de familia: algunos estudios publicados

Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. <i>Aten Primaria</i> 1998;22:627-30
Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. <i>Aten Primaria</i> 1993;12:92-4
Malestar psicológico y función familiar del hiperutilizador en atención primaria. <i>Aten Primaria</i> 1993;12:537
Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. <i>Aten Primaria</i> 1996;18:484-9
Factores modificables de la hiperutilización de los centros de salud. Comunicación personal al XIV Congreso de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, 1994
Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. <i>Aten Primaria</i> 1994;8:999
Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. <i>Aten Primaria</i> 1994;14:809-13
Características de la frecuentación en los equipos de MG de un área básica y frecuentación inducida por pacientes con factores de riesgo protocolizados. <i>Aten Primaria</i> 1994;14:1005

Comparación entre pautas de actuación de pediatras y médicos de familia ante diversos problemas clínicos

Referencia bibliográfica	Problema clínico	Resultado
<i>Pediatrics</i> 2001;107:E31	Cobertura vacunal	Los pediatras obtuvieron coberturas de vacunación superiores a las de los MF
<i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 2000;154:65-70	Prevención de intoxicaciones	Los pediatras ofrecen información a los padres sobre prevención de intoxicaciones con mayor frecuencia que los MF
<i>Mil Med</i> 2000;165:607-11	Maltrato infantil	Durante su período de residencia y en las actividades de educación médica continuada posteriores los pediatras reciben mayor preparación que los MF para la detección del maltrato infantil
<i>J Fam Pract</i> 2001;50:757-61	Urgencias pediátricas	Los MF están peor preparados que los pediatras para la atención de las urgencias pediátricas
<i>Ned Tijdschr Geneesk</i> 1998;142:1501-4	Asma	Los pediatras prescriben broncodilatadores inhalados con mayor frecuencia que los MF
<i>Am J Public Health</i> 2000;90:1917-20	Vacuna de la varicela	Los pediatras ofrecen a los padres la posibilidad de vacunar a sus hijos contra la varicela con más frecuencia que los MF
<i>Can Fam Physician</i> 2000;46:1780-2 y 1785-8 con más frecuencia que los pediatras	Otitis media con derrame	Los MF derivan al especialista a los niños con esta patología
<i>J Fla Med Assoc</i> 1994;81:539-42	Gastroenteritis- rehidratación oral	Los pediatras mostraron tener un grado de conocimiento más elevado sobre el tratamiento de esta patología
<i>Can J Public Health</i> 1998;89:415-8	Vacuna de la gripe	Los pediatras recomendaron la vacuna de la gripe y pusieron en marcha estrategias de captación de niños de alto riesgo con mayor frecuencia que los MF
<i>Pediatr Infect Dis J</i> 1997;16:185-90	Rinitis purulenta	Los MF prescribieron antibióticos más a menudo y en estadios más precoces
<i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 1998;152:349-52	Resfriado común	Los pediatras prescriben menos antibióticos que los MF

MF: médicos de familia.

tada por los pediatras fuera sensiblemente mejor a la de los médicos de familia ni que hubieran diferencias respecto al manejo de las enfermedades ni en cuanto a los resultados, aunque existen estudios donde el grado de satisfacción del paciente atendido por el médico de familia fue superior⁵.

Sin embargo, mi impresión en relación con nuestro país, y a falta de estudios comparativos al respecto, creo que sería bastante peor que en Estados Unidos.

En cuanto a la evolución de la mortalidad infantil, sólo se demuestra que nos encontramos en un país rico, con

un sistema socioeconómico fuerte, ya que no nos diferenciamos de los países de nuestro entorno al contar con tasas –según el European Observatory on Health Care Systems– parecidas a las de los países de la UE, pero que según el Key data on Health 2000, de Eurostat, posicionan a España en 1998 (5,7) como el cuarto país con mayor mortalidad infantil de Europa, por encima del Reino Unido (5,6) y Bélgica (5,6), países donde la atención infantil es diferente a la nuestra. Adjunto una tabla –confeccionada a partir de 3 fuentes: UN HFA database 2000, OCDE Health database 1999, INE database

2000– según el anterior organismo apuntado, en la que se notan algunas diferencias con la que aporta el INE (tabla 1)^{6,7}.

Con todo, aunque mi esperanza es el que «compañero de al lado» se convierta en el «amigo/compañero consultor», para su tranquilidad le diré que gran parte de los problemas que he detallado no los percibe en general el médico de familia español. Como tampoco percibe que este problema está íntimamente relacionado con la calidad –y no sólo con la cantidad– de la demanda asistencial de urgencias en estos tramos de edad, en que exista

menos personal para cubrir las urgencias, que el número de plazas de médicos de familia esté en consonancia con el de aquellas que se ofertan a los pediatras o que la distribución poblacional de nuestros cupos –cada vez más envejecidos– se deba, también, a este profundo y arrastrado problema. En fin, que uno tiende a pensar que tenemos lo que nos merecemos.

M. Seguí Díaz

Médico de Familia. UBS Es Castell (Menorca).

1. Buñuel Álvarez JC. Pediatras de atención primaria y médicos de familia: ¿rivales o compañeros? *Aten Primaria* 2002;29(3): 196.
2. Seguí Díaz M. ¿Médico de familia, médico de adultos o médico de centro de salud? La infancia, una competencia a reivindicar. *Aten Primaria* 2001;28:441-2.
3. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.
4. Muñoz P. El 22% de los médicos está en paro o subempleo. *Correo Médico* 1999;21-27 de junio:6.
5. Starfield B. Atenció primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Barcelona: Masson, 2000.
6. European Commission. European Communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Luxemburgo: Eurostat, 2000.
7. Health Care Systems in Transition. Spain 2000. European Observatory on Health Care Systems. <http://www.who.dk/cgi-bin/search.idq>

Réplica del autor

Sr. Director: Seguí Díaz expone presuntos problemas derivados de la atención de los niños por pediatras. Dice que habrá quien considere que son sólo especulaciones. Así es, ya que apenas aporta referencias que apoyen sus argumentos; según él, existe hiperfrecuentación (HF) pediátrica –sin aportar bibliografía–. Sin embargo, donde sí parece existir actualmente HF es en las consultas de medicina familiar (MF) (tabla 1). Si existe HF, pediátrica o no, ¿no se deberá en parte a la excelente ac-

cesibilidad de nuestro sistema sanitario? ¿O, entre otros factores, a la progresiva delegación de responsabilidades que muchos usuarios realizan induciéndoles a consultar a pediatras o MF por patología banal? Dice que los MF están obligados a ver a los niños en urgencias. En España, con 17 servicios de salud, es peligroso generalizar: en el ICS muchos pediatras hacen guardias en AP atendiendo a niños y adultos. Seguí sugiere que, al ser vistos algunos niños en urgencias por MF, se induce a que el paciente vuelva a consultar a su pediatra. La reconsulta –si se produce–, ¿no tendrá más relación con la confianza en su médico habitual –pediatra o no– que con su nivel de especialización? Claro que todo esto son sólo las opiniones del que esto escribe; que el lector les dé la importancia (mucho o poca) que merezcan. La obra de Starfield facilita más información que la que Seguí expone: en relación con los MF, los pediatras recetan menos medicamentos, vacunan más, facilitan más información sobre el crecimiento y desarrollo, ofrecen más veces consejo sobre el control del peso, son más diestros en el manejo del niño sano...¹. Tras la lectura del capítulo del libro de Starfield¹, el estudio de costes y de satisfacción del usuario referido por Seguí no parece comparar MF con pediatras; el grupo control del estudio referenciado por Starfield parece estar compuesto por una mezcla de pediatras e internistas³, siendo por tanto arriesgado extraer conclusiones de dicho trabajo. Llamen la atención algunos criterios de buena práctica clínica referidos por Seguí –pinchar más a los niños o vacunarlos menos–; no creo que ningún pediatra o MF los compartan. En la tabla 1 se ofrecen referencias más recientes que las contenidas en el libro de Starfield¹, comparando la práctica clínica de pediatras y MF. A ellas me remito para rebatir las acusaciones sobre la presunta iatrogenización de los niños atendidos por pediatras o sobre el presunto aumento de costes derivado de su actuación. Seguí asoció la tasa de mortalidad infantil (TMI) española –según él más elevada que la de la mayoría de países europeos– con el tipo de aten-

ción infantil en AP². Ahora afirma que España no se diferencia en general del resto de Europa, ya que todos compartimos un nivel socioeconómico similar. Su rectificación es de agradecer. Asociar un presunto aumento de la TMI española con una atención proporcionada por pediatras sería tan injusto como sugerir que la mayor TMI en el Reino Unido en 1999 (6/1.000, datos oficiales⁴) –país considerado paradigma de la medicina general, donde los niños son vistos por generalistas–, en comparación con la TMI española (4,47/1.000, datos oficiales⁵), se debe a que los médicos ingleses no atienden adecuadamente a sus niños. En fin, sería conveniente, por parte de algunos MF, huir de posiciones fundamentalistas y de dogmatismos; que no todo lo que viene del extranjero es necesariamente mejor que lo que tenemos aquí, mentalidad esta propia de décadas ya superadas; parece lógico poder asumir que, según los lugares y las circunstancias, puede existir más de una manera de entender la AP. Y en España, efectivamente, creo que los niños tienen lo que merecen: una asistencia primaria de calidad realizada por pediatras.

J.C. Buñuel Álvarez

Pediatra. ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona.

1. Starfield B. Médicos de atención primaria, especialistas y profesionales de salud no médicos. En: Starfield B, editor. *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson, 2001; p. 81-107.
2. Seguí M. ¿Médico de familia, médico de adultos o médico de centro de salud? La infancia, una competencia a reivindicar. *Aten Primaria* 2001;28:441-2.
3. Farrel DL, Worth RM, Nishina K. Utilization and cost-effectiveness of a family practice center. *J Fam Practice* 1982;15: 957-62.
4. National Statistics. The official UK statistics site [en línea] [fecha de consulta: 15 de enero de 2002]. Disponible en: <http://www.statistics.gov.uk/statbase/xs-dataset.asp?vlnk=4483&More=Y>
5. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1999. Tasas de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad [en línea] [fecha de consulta: 15 de enero de 2002]. disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>