



CARTAS AL EDITOR

Desatender la continuidad lleva a pan para hoy y hambre para mañana



Neglecting continuity means “laught now and cry later”

Sr. Editor:

El contexto actual de crisis económica favorece que surjan innovaciones organizativas orientadas a aumentar la productividad de los equipos de atención primaria. Sorprende que algunas de estas propuestas no contemplen que se mantenga la continuidad asistencial, hasta ahora considerada como una de las características asistenciales básicas de la atención primaria de salud. Justamente uno de los atributos de nuestro ámbito asistencial más bien valorados por los pacientes. Conocemos que la continuidad favorece el nivel de resolución del médico de familia¹, reduce la

frecuentación hospitalaria², aumenta la satisfacción del paciente³, y a largo plazo, incluso se ha relacionado, con la reducción del riesgo de muerte de los pacientes⁴.

Por este motivo estudiamos la relación que existe entre continuidad asistencial y nivel de reconsulta, entendida como la visita médica realizada dentro de las 2 semanas siguientes a esta primera visita. Consideramos que existía continuidad cuando el paciente era visitado por su médico asignado o por el residente de dicho médico, y que no había continuidad si era atendido por cualquier otro médico del centro.

Analizamos las casi 6.000 vistas (5.921) realizadas durante el mes de octubre de 2013 en nuestro centro de atención primaria del área metropolitana de Barcelona, atendido por 17 médicos de familia. Tal como muestra la [tabla 1](#), las visitas sin continuidad se dieron con más frecuencia en mujeres, en pacientes jóvenes y en demandas espontáneas. Las visitas sin continuidad mostraron una proporción significativamente superior de prescripción farmacéutica. Además, estas visitas tendían a ser menos

Tabla 1 Porcentaje de reconsulta según la continuidad asistencial y las características del paciente y de la visita

	Características del paciente y de la visita						Valor de p
	Con continuidad N.º de visitas 5.119			Sin continuidad N.º de visitas 802			
	N.º de visitas	N.º de reconsulta	Porcentaje de reconsulta	N.º de visitas	N.º de reconsulta	Porcentaje de reconsulta	
<i>Género</i>							
Mujeres	3.216	939	29,20	553	221	39,96	< 0,001
Varones	1.903	552	29,01	249	92	36,95	0,012
<i>Edad</i>							
Edad < 55 años	2.089	577	27,62	486	172	35,39	< 0,001
Edad ≥ 55	3.030	914	30,17	316	141	44,62	< 0,001
<i>Tipo de visita</i>							
Demanda espontánea	444	154	34,68	319	137	42,95	0,024
Visita concertada	4.675	1.337	28,60	483	176	36,44	< 0,001
<i>Resultado de la visita</i>							
Se realiza receta	2.648	743	28,06	463	179	38,66	< 0,001
Se solicita una prueba	936	279	29,81	95	42	44,21	0,005
Se deriva al especialista	807	237	29,37	80	32	40,00	0,064

resolutivas, ya que generaron una proporción significativamente menor de exploraciones complementarias, y una tendencia a una menor derivación al especialista.

La proporción de reconsulta entre las vistas realizadas con continuidad fue de un 29,13%, y de un 39,03% cuando estas se realizan sin continuidad. Tal como aparece en la [tabla 1](#), este mayor índice de reconsulta en las visitas sin continuidad apareció de forma estadísticamente significativa en todos los grupos de edad y sexo, para todos los tipos de visita, incluso para las visitas espontáneas, y también en las consultas que generaron recetas o pruebas complementarias. La diferencia únicamente no llegó a ser estadísticamente significativa en aquellos casos en los que la visita acababa con una derivación al especialista.

Esta observación comprueba la hipótesis de que cuando los pacientes son visitados por su médico de familia habitual reconsultan menos que cuando son atendidos por cualquier otro médico del centro. La reconsulta se produce incluso en las demandas espontáneas de personas jóvenes que a menudo se consideran el paradigma de aquellas situaciones en las que los pacientes desean únicamente una solución inmediata al problema de salud con independencia del profesional que lo atiende.

La menor resolución, y mayor prescripción y reconsulta de las visitas sin continuidad hace dudar de que efectivamente en atención primaria los modelos organizativos que no consideran la continuidad sean más eficientes. Puede parecer que cuando se prioriza la atención por el equipo sobre la atención personalizada se ahorra en personal, pero como hemos observado consume más recursos. También son más incómodas para los pacientes ya que un gran número de ellos decide reconsultar el problema con su médico habitual. Este estudio descriptivo hace pensar que a nivel micro también se produce el aumento paradójico de recursos sanitarios que aparece a nivel macro cuando se aplican medidas racionalizadoras del presupuesto sanitario sin una visión asistencial. Lo hemos observado en nuestro país con la aplicación del Real Decreto de medidas urgentes

para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud^{5,6}. Todo hace temer que intentado ahorrar recursos a corto plazo caigamos en el conocido proverbio de pan para hoy y hambre para mañana.

Bibliografía

1. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: Is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999;5:727.
2. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1879–85.
3. Guthrie B. Continuity in UK general practice: A multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract*. 2002;19:496–9.
4. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: Analysis of national insurance data. *PLoS One*. 2013;8:e71669.
5. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, Boletín Oficial del Estado N.º 98, 24th April 2012.
6. Gallo P, Gené-Badía J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 2013;113:1–7.

Marina Ruiz Sánchez^a, Joan Gené-Badía^{a,b,c,*}
y Esther Sabidó Sánchez^a

^a CAPSE, EAP Casanova, Barcelona, España

^b Institut Català de la Salut, EAP Casanova, Barcelona, España

^c Universitat de Barcelona, Departament de Salut Pública, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgene@clinic.ub.es (J. Gené-Badía).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.008>

Papel de los profesionales sanitarios de los ASSIRes en la vacunación antigripal en gestantes



Role of health professionals of sexual health and reproduction clinics in the influenza vaccination in pregnant women

Sr. Editor:

La gripe es un importante problema de salud pública, también en gestantes, con más riesgo de infección y complicaciones que el resto de la población, sobre todo en casos de comorbilidad¹. La principal estrategia preventiva es la vacunación antigripal (VAG). Una vacuna inactivada y, por tanto, segura durante la gestación, que además reduce el riesgo de hospitalización por gripe², incluso en lactantes hasta los 6 meses de edad³. Sin embargo, aunque

numerosas sociedades científicas e instituciones sanitarias recomiendan la VAG en cualquier trimestre de gestación, la cobertura continúa siendo baja. En España, en 2007/08 se situó en un 4,1% según datos autoinformados⁴.

Además de la percepción del riesgo de gripe, y los conocimientos y actitudes frente a la vacunación, destacan como factores predictores de la VAG en gestantes, la recomendación por parte de los sanitarios^{5,6}. En Cataluña, los ASSIRes son centros públicos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, con abordaje preventivo, de promoción de la salud, además de asistencial en los que se atienden a las gestantes. Se realizó un estudio para conocer la cobertura de la VAG en estos centros, y analizar los factores asociados ([tabla 1](#)).

En junio de 2014 se aplicó una encuesta telefónica transversal a gestantes atendidas de bajo riesgo, durante la temporada gripal 2013/14, por matrones/as en 7 ASSIRes de zonas con diferente concentración demográfica de Cataluña. El tamaño muestral se calculó bajo el supuesto de cobertura de la VAG 4,1%, un riesgo alfa del 5% y una precisión del