

Salud rural en un mundo cambiante

Editorial sobre el 6.º Congreso Mundial de Médicos de Familia (WONCA) de Salud Rural, que se celebró en Santiago de Compostela a finales de 2003. El congreso, organizado por la semFYC, reunió a destacados representantes de la medicina rural de todo el mundo, y en él se debatieron importantes temas.

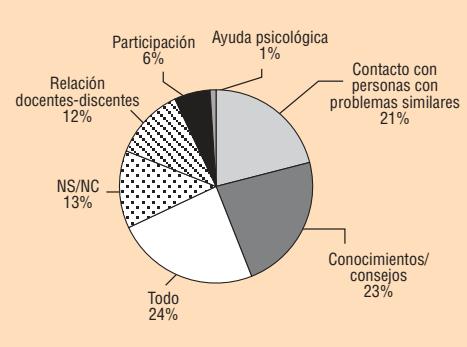
«Las conclusiones se recogen en la «Declaración de Santiago de Compostela sobre la Salud Rural» y se centran en dos temas prioritarios:

- *Solicitar mayor compromiso internacional respecto a la explotación laboral infantil.*
- *Hacer imprescindible la colaboración entre médicos rurales, ONG y otras entidades para garantizar una respuesta urgente, integral y equitativa frente al VIH.»*

Página 59

Los cuidadores de pacientes dementes de mayor edad están más sobrecargados

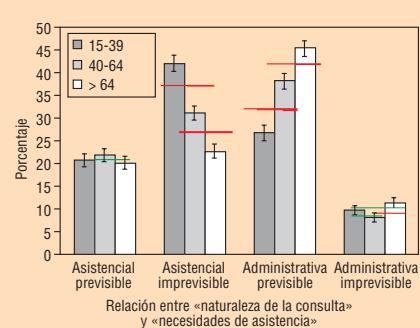
Se estudian el perfil y la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Como objetivo secundario se valora la satisfacción de los cuidadores con una intervención educativa grupal impartida por equipos multidisciplinares, integrados por médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Hay una elevada sobrecarga entre los cuidadores, que es mayor a medida que aumenta la edad. Los cuidadores valoran muy positivamente su participación en el programa, a pesar de que no haya inducido una disminución de la carga.



Página 61

El 40% de los motivos de consulta son previsibles y de índole burocrático-administrativa

Se describe la actividad asistencial en función de la naturaleza de la consulta (previsibilidad) y las necesidades de los pacientes (contenido clínico). También se analiza la relación con las características de la consulta del paciente y del centro. Mediante la recogida de información utilizando un observador externo, se detecta que casi el 40% de los motivos de consulta son previsibles-administrativos, lo que implica una gestión clínica inadecuada. Se sugiere que hay que liberar el tiempo médico destinado a contenidos burocráticos para utilizarlo en actividades asistenciales.



Página 69

¿Qué opinan los ciudadanos sobre las listas de espera de cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla?

Estudio cualitativo, mediante 4 grupos locales, para describir las opiniones, vivencias y percepciones acerca de las listas de espera para algunas intervenciones de cirugía electiva.

Cada grupo local incluyó a especialistas, profesionales relacionados (médicos de familia, asistentes sociales, fisioterapeutas) pacientes y familiares, y población general. Entre las principales causas de las listas de espera se mencionan la falta de recursos, su mala gestión y el conflicto de intereses de los especialistas.

«Actuaciones en la gestión, la prevención y educación, y mejoras en la comunicación médico-paciente ayudarían a que los ciudadanos aceptasen mejor las listas de espera.»

Página 86

¿Podemos considerar a los medios de comunicación como agentes de salud?

Reflexiones del autor, que fue secretario de Comunicación de semFYC durante los años 1998-2001, analizando la importancia de una comunicación fluida entre profesionales sanitarios, en concreto, médicos, y los medios de comunicación (el denominado cuarto poder), para que lleguen a la población mensajes veraces, comprensibles y claros sobre los temas de salud.

Es importante evitar informaciones capaces de generar falsas expectativas a personas con problemas de salud.

«Es necesario buscar fuentes de colaboración entre los profesionales sanitarios, las organizaciones sanitarias y los medios de comunicación para hacer llegar de forma veraz y comprensible nuestros mensajes a la población.»

Página 95

¿Cuándo comenzar el cuidado del cáncer de mama?

Se revisan las evidencias disponibles sobre el cribado del cáncer de mama. Los autores recuerdan que hay evidencias de que la mamografía es efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. La evidencia sobre su beneficio en el grupo de mujeres de 40-49 años es más limitada. La recomendación más generalizada es ofrecer una mamografía de cribado a partir de los 50 años cada 2 años. Si se ofrece a la población de 40-49 años, se recomienda un intervalo de 12-18 meses. Las mujeres con riesgo elevado requieren una mayor vigilancia y ésta ha de ser individualizada.

TABLA 1 Factores de riesgo de cáncer de mama

Factores de riesgo	Grupo de riesgo		Riesgo relativo
	Bajo	Alto	
<i>Relacionados con la reproducción</i>			
Sexo	Varón	Mujer	150
Edad (años)	30-34	> 70-74	17.0
Edad de la menarquía	> 14 años	< 12 años	1.5
Edad al nacimiento del primer hijo	> 20 años	> 30 años	1.9-3.5
Lactancia materna	> 15 meses	No	1.4
Número de hijos	> 4	No	1.4
Ooforectomía	< 35 años	No	3.0
Edad menopausia natural (años)	< 45 años	> 54 años	2.0
Índice de masa corporal en la posmenopausia	< 22.9	> 30.7	1.6
<i>Éstrógenos exógenos</i>			
Anticonceptivos orales	Nunca	> 12 años	1.4
Tratamiento hormonal con estrógenos	Nunca	Actualmente	1.023 por año
Tratamiento hormonal combinado	Nunca	> 5 años	1.24 ^a
<i>Historia familiar</i>			
Cualquier familiar	No	Sí	1.9-2.6
Familiar de primer grado	No	Sí	1.8-2.1
Madre y hermana	No	Sí	3.6
Familiar de segundo grado	No	Sí	1.5
Mutaciones BRCA 1/2	No	Sí	36-80% (riesgo a los 70 años)
<i>Exposición a nuevos marcadores de estrógenos</i>			
Estradiol en plasma	Cuartil inferior	Cuartil superior	1.8-5.03
Densidad mamaria	Ninguno	Superior al 75% de densidad	6.05
Densidad ósea	Cuartil inferior	Cuartil superior	2.66-3.50

Adaptada de Clamp A, et al³.

^aEnsayo clínico aleatorizado Women's Health Initiative trial⁶⁸.

Página 99