

## CARTAS AL DIRECTOR

### ¿Qué opinan los pacientes de nuestros centros de salud? ¿Realizarían cambios? Situación a las puertas de siglo XXI

Centro salud; Diagnóstico; Interconsulta.

**Sr. Director:** Habitualmente se realizan encuestas de satisfacción a nuestros pacientes, casi todas ellas promovidas por nuestras gerencias de atención primaria; el objetivo de ellas es conocer si damos respuesta a las expectativas que tienen los usuarios sobre la atención que reciben por los profesionales. En todas ellas los resultados obtenidos suelen ser positivos. En cambio, no se acostumbra ir más allá, nos quedamos con lo que piensan respecto a lo que ya están recibiendo, pero ¿qué piensan sobre la globalidad del sistema de atención primaria?, ¿añadirían cosas que nosotros no valoramos, o tal vez, ni pensamos en las que?, ¿qué consideran positivo o negativo?

Para dar respuesta a estos interrogantes se ha diseñado una encuesta con 5 ítems a cumplimentar aleatoriamente por 100 pacientes de nuestro centro de salud con las siguientes fases:

1. *Encuesta oral* en el mostrador de administración, donde se invita al paciente a contestar la encuesta, obteniéndose 3 respuestas por pregunta en cada paciente. Las respuestas las apunta manualmente el investigador para evitar sesgos de entendimiento.

2. *Grupo nominal* realizado por los profesionales, donde se realiza una agrupación de las respuestas comunes dadas por los pacientes.

3. *Fase de priorización numérica*, donde cada paciente indica las 3 respuestas que considera más válidas para cada pregunta (de la lista obtenida en la fase de grupo nominal).

Los ítems incluidos en la encuesta y las 4 respuestas que han obtenido mayor puntuación en cada ítem son:

1. ¿Ha notado algún cambio en relación al ambulatorio (ahora centro de salud) de antes?

– Mejores instalaciones (38,7% del total de los puntos).

- Existencia de historia clínica (27,5%).
- Más personal administrativo (12,7%).
- Menos masificación (11,1%).

2. ¿Qué añadiría usted en los centros de salud para que la atención mejorase y fuese como usted se merece?

- Más teléfonos para la cita previa (26,3% del total de los puntos).
- Más personal médico y de enfermería (24,2%).
- Atención sin demora (16,3%).
- Personal más cualificado y menor formado (15,1%).

3. ¿Qué quitaría usted de los centros de salud para que la atención mejorase y fuese como usted se merece?

- A los profesionales incompetentes (34,1% del total de los puntos).
- La burocracia (20,2%).
- Las listas de espera (18,7%).
- Prohibición de las consultas privadas (11,6%).

4. ¿Qué cree usted que es lo mejor de los centros de salud (en general)?

- La existencia de historia clínica (31,3% del total de los puntos).
- Más medios diagnósticos (ECG, extracciones de sangre en el centro) (19,2%).
- Atención domiciliaria en urgencias (17,5%).
- El programa cita previa (14,1%).

5. ¿Qué cree usted que es lo peor de los centros de salud (en general)?

- Falta de personal. Masificación de pacientes (50,2% del total de los puntos).
- Demasiado tiempo desde la cita previa hasta que te atienden (17,1%).
- Excesiva burocracia (papeleos) (12,2%).
- Falta de recursos en general (10,3%).

Es de destacar que los pacientes reconocen una mejoría con la progresiva implantación del modelo de atención primaria (centros de salud), respecto a los ambulatorios de antes, así como una menor masificación. No obstante, aún consideran que se puede mejorar mucho, otorgando gran importancia a la falta de personal y

masificación existente. También resaltan la necesidad de una alta cualificación de los profesionales que les atendemos y sobre todo quitarían a los que ellos consideran incompetentes. También existe la percepción de que existe una excesiva burocratización de los centros de salud, demasiados papeles y mostradores. Todo esto nos debe hacer reflexionar a la hora de diseñar las estrategias para gestionar adecuadamente los equipos de atención primaria, teniendo siempre en cuenta las necesidades de los usuarios<sup>1</sup> y de los profesionales que trabajamos en ellos<sup>2,3</sup>.

M. Leal Hernández<sup>a</sup>,  
M.C. Hernández Pedreño<sup>b</sup>,  
M.C. Pérez Muñoz<sup>c</sup>  
y D. Sánchez Gil<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Unidad de Administración. <sup>c</sup>Trabajadora Social. <sup>d</sup>Enfermero. Centro de Salud de Beniaján. Unidad Docente de MFyC (Murcia).

1. Leal Hernández M, Sebastián Raz JM, Gómez Gotor MC, Pérez García S. ¿Para qué cree usted que sirve el TAIR? Opinión de nuestros pacientes. Aten Primaria 1998; 22 (5): 323-324.

2. Sarmiento M, Martínez MT, Sánchez F, Sánchez F, Meseguer A, Jiménez J. Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud. Aten Primaria 1997; 20: 311-314.

3. Saura Llamas J, Leal Hernández M, García Méndez MM, López Piñera M, Ferrer Mora A, De la Viesca Cosgrove S. Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes-tutores. Aten Primaria 1997; 20 (3): 142-146.

### Concordancia de diagnósticos neumológicos en el Área de Salud del Bierzo

Neumología; Opinión; Propuestas.

**Sr. Director:** La patología neumológica es una de las consultas más frecuentes en medicina ambulatoria. La atención del paciente con enfermedades respiratorias es responsabilidad compartida de los profesionales de atención primaria y

neumología. Una buena comunicación y una coordinación eficaz entre los dos niveles asistenciales son esenciales para conseguir el control y seguimiento adecuado de estos pacientes. Una aproximación sobre el manejo de estos enfermos en el primer nivel se puede realizar a través del estudio de la concordancia en los diagnósticos entre atención primaria y especializada. El objetivo de nuestro trabajo consistió en valorar la concordancia diagnóstica en patología neumológica en pacientes derivados desde atención primaria, así como las entidades más frecuentes. Para ello analizamos los diagnósticos de sospecha de 110 enfermos derivados a una consulta hospitalaria de neumología desde 9 centros de salud asignados del área sanitaria, durante un período de 6 meses, realizando en la primera visita historia clínica, exploración física, radiología y pruebas de función pulmonar, con el objetivo de emitir el diagnóstico. Se excluyeron los pacientes en los que la sospecha diagnóstica obligaba a realizar otras técnicas que no se podían llevar a cabo en el día.

De los 110 enfermos estudiados 41 eran enviados con un diagnóstico de sospecha (37,2%), en 19 el «diagnóstico» eratos y/o disnea y en 11 síntomas diversos. En 26 (23,6%) no constataba diagnóstico. De los 41 pacientes con una sospecha diagnóstica, 20 eran por enfermedad obstructiva crónica (EPOC) (48,7%), 9 por asma, 4 por infección pulmonar, 3 por hiper-reactividad bronquial (HRB) y 2 por sospecha de tuberculosis. Diecisiete de los 100 enfermos eran remitidos con espirometría (15,4%), procedentes de alguno de los 7 centros que disponen de dicha técnica. Los diagnósticos del neumólogo fueron 40 EPOC (36,3%), 19 asma, 18 sinusitis, 16 HRB y 17 eran compatibles con la normalidad o la patología no era neumológica. De los 41 enfermos remitidos con diagnóstico existía concordancia diagnóstica en 23 (56%).

La cumplimentación completa de los volantes de interconsulta que sirven de comunicación entre atención primaria y especializada es uno de los aspectos en los que más se insiste para que pueda haber una correcta comunicación entre ambos niveles. Es de señalar que en los enfermos que se remitían con sospecha diagnóstica la concordancia fue en más de la mi-

tad. Así mismo destacan como entidades más prevalentes EPOC y el asma. La prevalencia en España de la EPOC es de un 9% a los 40-69 años, lo que significa que 1.230.000 personas presentan una EPOC en este tramo de edad. Según un estudio realizado por la SEPAR, el 78% de las personas diagnosticadas de EPOC no había sido estudiado y, por lo tanto, desconocían que eran enfermos respiratorios crónicos<sup>1</sup>. La EPOC es un proceso de elevada morbilidad que genera unos 10 millones de consultas por año en atención primaria y el 35% de las consultas neumológicas corresponden a pacientes con esta patología. El uso frecuente de una espirometría puede detectar precozmente la EPOC, la cual es una enfermedad cuyo control, al menos durante muchos años, es preferentemente ambulatorio<sup>2</sup>.

Según estimaciones actuales, alrededor del 5-7% de la población adulta en los países industrializados podría presentar asma. En un estudio de prevalencia de asma en una región española, un 3,8% de los entrevistados había sido diagnosticado previamente por su médico de asma, pero hasta un 10,6% de los sujetos «sanos» había presentado en el último año crisis de disnea con sibilancias y un 38,2% sibilancias<sup>3</sup>. La tos persistente es una razón frecuente de consulta en atención primaria y en el 90% de los casos tiene su origen en una de las 5 causas más comunes: tabaquismo, sinusitis con drenaje posnasal, asma, bronquitis crónica y reflujo gastroesofágico<sup>4</sup>.

Es de destacar el escaso porcentaje de pacientes derivados con técnicas de exploración funcional, las cuales son sencillas de realizar y permiten la aproximación diagnóstica. Lamentablemente todavía son poco numerosos los equipos de atención primaria que disponen de espirómetro, y en los que existe probablemente no se obtiene la rentabilidad adecuada. En un estudio realizado en Barcelona, sólo el 36% de los médicos de medicina general en áreas básicas de salud solicitaba pruebas funcionales respiratorias a sus pacientes con asma o EPOC<sup>5</sup>. Es importante la dotación a los centros de salud de los medios técnicos necesarios, no siempre sinónimo de mayor gasto sanitario, que ayuden a realizar el diagnóstico y seguimiento de patologías frecuentes, como la EPOC y el asma, cuyo

control es fundamentalmente ambulatorio.

**J. Ortiz de Saracho, L. Pantoja Zarza, J.R. Casal Codesido y L.A. Rodríguez**

Área de Salud del Bierzo. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Neumología. Hospital del Bierzo.

1. Comité de Expertos de SEPAR. Estudio macroeconómico. Impacto social y económico de la EPOC en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1995.
2. Sánchez Agudo L, Miravittles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. Arch Bronconeumol 1995; 31: 144-146.
3. Jaén A, Ferré A, Ormaza I, Rue M, Domingo Ch, Marín A. Prevalencia de bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbana-industrial de Cataluña. Arch Bronconeumol 1990; 35 (3): 122-128.
4. Cordero PJ, Benlloch E. Tos crónica en adultos. Rev Clin Esp 1996; 196: 461-468.
5. Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de la ABS en Barcelona, respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria 1994; 13: 112-116.

## Colitis linfocítica como causa de diarrea crónica: posible relación con carbamazepina

Carbamazepina; Colitis linfocítica; Etiopatogenia.

**Sr. Director:** La colitis linfocítica (CL) es un síndrome clínico-patológico infrecuente descrito recientemente, caracterizado por la tríada diarrea crónica acuosa de origen desconocido, normalidad en las exploraciones radiológicas y endoscópicas y alteraciones microscópicas consistentes en un infiltrado inflamatorio en la mucosa colónica<sup>1,2</sup>. La etiología de la CL es desconocida, y se ha sugerido un origen autoinmune, basado en la asociación a otras enfermedades inmunológicas como hipotiroidismo, artritis reumatoide, fibrosis pulmonar idiopática, diabetes mellitus, anemia perniciosa, etc. y la presencia aumentada de diversos anticuerpos. En menor proporción, se han descrito varios casos de CL inducida por fármacos<sup>3-6</sup>. Actualmente,