

CARTAS AL DIRECTOR

Tiempo de respuesta a domicilio

Atención domiciliaria; Servicios urgencia; Tiempo respuesta.

Sr. Director: Desde que los servicios sanitarios con unidades de soporte vital avanzado están presentes en nuestra vida diaria, periódicamente nos llega por los medios de comunicación los tiempos que estas unidades tardan en arriar al destino asistencial. Poco o nada se conoce sobre este tema acerca de los antiguos servicios especiales de urgencia, actualmente conocidos como «punto de atención continuada» (PAC)¹. Por lo que respecta a nuestro servicio, la asistencia exterior continúa siendo coordinada por el Centro Coordinador de Urgencias de Madrid (CCU-061), pero el personal del PAC y los recursos del mismo dependen de la Gerencia del Área (INSALUD) de Atención Primaria donde nos ubicamos, una población de unos 150.000 habitantes al sur de Madrid (Getafe). Aprovechando que en nuestro contrato de gestión con el INSALUD de 1998 debíamos señalar en el informe clínico los tiempos de respuesta (TR) y de solución, tanto en la asistencia de exterior como de interior, decidimos estudiar más a fondo el TR que afecta a nuestra actividad médica de exterior o a domicilio.

Realizamos un estudio descriptivo transversal, recogiendo toda la asistencia de exterior a domicilio, locales o vía pública de 6 médicos (componen el personal médico del PAC 8 médicos), entre los meses de julio y diciembre de 1998. Se registró: edad, sexo, TR y tipo de aviso. Definimos el TR como el tiempo desde que se recibe el aviso, en el PAC por teléfono o por la emisora del vehículo, hasta la llegada ante el paciente. El CCU-061 nos remite los avisos exteriores con tres categorías: normal, urgente y emergencia. Para nuestro registro sólo contaremos con dos tipos: asistencia normal y urgente, incluyendo en esta última categoría las emergencias. Los avisos para la asistencia en la calle, habitualmente solicitados por las fuerzas de seguridad, o las demandas del «112», también nos son transmitidas por el CCU-061. Excluimos del estudio aquellos casos en los que no se registra alguno de los datos mencionados.

Para la asistencia exterior contamos con un vehículo (Seat-Ibiza) que dis-

TABLA 1. Tiempos de respuesta

Tiempo (min)	Asistencias (n = 887)	Urgentes (n = 166)	No urgentes (n = 721)
≤ 5	252	67	185
6-10	366	73	293
11-12	55	4	51
13-15	112	10	102
> 15	102	12	90

pone de una emisora en conexión con el CCU-061, rotativos y señal acústica de urgencia. El PAC sólo cuenta con un vehículo asistencial por turno laboral y con la dotación de un conductor de oficio, sin conocimientos sanitarios, y de un médico de atención domiciliaria (MAD). Nuestra zona de asistencia entre puntos más distantes, medida en tiempo y con uso de señales de urgencia, varía según el tráfico del momento: en hora punta, la distancia máxima puede llegar a 30 minutos, mientras que en la madrugada ronda los 15.

Los casos para estudio fueron 887 después de excluir a 47 por carencia de alguno de los datos exigidos. El TR general fue de $9,62 \pm 5,56$ min ($\bar{x} \pm DE$). Si consideramos el tipo de aviso, para la asistencia urgente (166 casos) el TR quedó en $8,01 \pm 1,47$ min, y para la no urgente (721) en $9,99 \pm 1,56$ min. Agrupados los casos por bandas de TR, obtenemos que en un 86,74% (144) de los avisos urgentes se llegó antes de 13 min, y que en el 87,51% (631) de los no urgentes antes de 16 (tabla 1). Se estimó la proporción entre un TR inferior a 11 min y la asistencia urgente, también para la no urgente o normal, obteniéndose en ambos casos un resultado significativo ($p < 0,001$).

Debemos mencionar que el registro de sólo 6 médicos, en lugar de 8, no afecta a la población de datos que obtenemos; esta situación puede considerarse aleatoria, pues no se da un turno laboral fijo que pueda atribuir un mayor número de asistencias hacia uno o los 2 médicos que no participan en el estudio.

Hay que considerar que aunque los tiempos conseguidos pueden relacionarse con los de servicios de emergencias que utilizan unidades de soporte vital avanzado, no pueden ser comparados de forma absoluta; hay que tener en cuenta que en este tipo de servicios se actúa en tiempo conti-

nuo: el recurso es activado y movilizad desde que se recibe la llamada solicitando asistencia². En nuestro caso, es muy común que la activación del recurso (MAD) se demore; un aviso normal o urgente puede estar en espera unos minutos, entre la recepción de la llamada del usuario y la emisión del aviso al MAD por el CCU-061, porque en ese momento se esté realizando una asistencia. No disponemos de información para separar las asistencias que se atienden a tiempo continuo desde la llamada del usuario y las que nos son diferidas. Los TR de diversos servicios de emergencia con unidades de soporte vital avanzado (061-Canarias³, < 15 min, Servicio de Emergencia y Rescate de la Comunidad Autónoma de Madrid [SERCAM], < 15 min; fuente: SERCAM, febrero de 1999. CCU-061, < 14,50 min en zona urbana; fuente: CCU-061, febrero de 1999), comparados con los ofrecidos en nuestros resultados, con la reserva ya expuesta, nos muestran una más que correcta actuación por nuestra parte.

J. de las Heras Gómez

Médico responsable del Servicio de Urgencia de Getafe. Madrid.

Agradecimientos

Al servicio de Emergencia y Rescate de la Comunidad Autónoma de Madrid y al Centro Coordinador de Urgencias de Madrid, INSALUD.

1. Plan Director de Urgencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. Madrid: INSALUD, 1988.
2. Menéndez Fernández JM. SICCUR-Q61: un ejemplo de aplicación de nuevas tecnologías a la atención médica urgente. Ponencia a las Segundas Jornadas sobre Innovación de Servicios Generales Hospitalarios. Pamplona, 1998.

3. Gestión Sanitaria de Canarias. División de Urgencias Sanitarias (O61-Canarias). Población atendida y tiempo de asistencia. Accedido: 1998 sep. 22; (1:1 pantalla). Url: <http://www.061.Po-bla.html>.

Incapacidad laboral transitoria en atención primaria

Atención primaria; Auditoría;
Diabetes mellitus; Incapacidad laboral;
Patologías; Protocolo.

Sr. Director: La incapacidad laboral transitoria (ILT) es una de las situaciones más habituales en nuestra práctica diaria. Por tal motivo, decidimos realizar un estudio de las ILT de nuestro centro de salud, para conocer sus características y ver si los resultados eran similares o diferían con los de otras series. Nos planteamos como objetivos los siguientes:

- Determinar el número de días que, de forma más frecuente, suele estar de baja laboral un paciente.
- Hallar aquellas patologías que ocasionan las bajas laborales más prolongadas y frecuentes.
- Los grupos de edad en que es más habitual y la variación a lo largo de los diferentes meses.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el área del centro de salud (14.000 habitantes). Los sujetos son las personas que han estado de baja laboral, durante el periodo de septiembre de 1997 hasta abril de 1999, ambos inclusive. Se excluyeron aquellos que aún permanecían de baja en el momento de la recogida de datos. Se utilizaron historias clínicas y archivo del centro de salud. Se recogió la edad del paciente, agrupados en 5 grupos (16-25, 26-35, 36-45, 46-55 y 56-65 años), sexo, meses en que estuvo de baja el sujeto, número total de días, y se agruparon todas las posibles patologías en 15 grupos (especialidades). Se recogieron los datos correspondientes a 1.011 bajas laborales, que sumaron 27.873 días, con una media de 27,56 días por persona. Por edad: 26-35 años (24%) y 36-45 (33%). 48,76% eran mujeres (493); 413 bajas tuvieron una duración de una semana o menos, y 784 un mes o menos. En la representación por meses destacaron: febrero, 23,6%; marzo, 16,7%, y enero, 14,03%. Las enferme-

dades infecciosas constituyen el 31,7%; traumatología, 19,9%; cirugía, 8,94%, y reumatología, 6,99%. Las bajas de 100 o más días corresponden: 29 a traumatología, 9 a cirugía, 9 a psiquiatría, 4 a neumología y 2 a cardiología.

Como conclusiones del estudio podemos destacar las siguientes:

- Un 40,85% corresponde a bajas laborales de 7 o menos días.
- El 77,5% representa las bajas de un mes o menos.
- Las patologías que presentan bajas laborales de mayor duración son traumatología (40,84%), cirugía (12,67%) y psiquiatría (12,67%).
- Las patologías más prevalentes fueron: infecciosas (31,7%), traumatología (19,9%), cirugía (8,94%) y neumología (6,99%).
- Los grupos de edad más frecuentes: 36-45 (33%) y 26-35 (24%).
- Los meses de febrero (23,6%) y marzo (16,7%) presentan un mayor número de bajas (distribución estacional).

Otros estudios han determinado que hay patologías asociadas al sexo y la edad; otras presentan una distribución estacional¹. Nuestros resultados son similares a otras series². Se encuentran diferencias significativas en los grupos: enfermedades del sistema nervioso y traumatismos (más frecuentes en varones); enfermedades respiratorias y mentales (más frecuentes en mujeres)². Excluyendo las bajas por maternidad, no se detectan diferencias significativas entre varones y mujeres⁴. La edad y los diferentes tipos de trabajo influyen en el número y duración de las bajas laborales. Serán necesarios posteriores estudios que expliquen estas diferencias³.

Algunos estudios refieren que las ILT son más frecuentes en enfermeras que en la población general ($p < 0,001$), aunque puede haber diferentes factores que expliquen estas diferencias⁴. Los más importantes factores asociados a la ILT eran la edad y el grupo de seguridad social (trabajador autónomo o contratado). La mejora en la accesibilidad al sistema de salud es uno de los factores que influyen más positivamente en el regreso al trabajo⁵. Algunos autores consideran que la guía estándar del INSALUD debería ser promovida y mejorada (en algunos aspectos, como salud mental), para llegar a ser un li-

bro de bolsillo, como referencia en la práctica habitual⁶.

I. Ibarburu Valbuena,
J.J. Labraca Sánchez, M. Lerma
Lucas y B. Solanas Mateo

Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento.
Alicante.

1. Núñez Batalla D, Otero Rodríguez C, Sanz Velasco C, Amador Mellado J, Fernández Gutiérrez C, Paz Jiménez J. Incapacidad laboral transitoria durante un año en el Área IV de Asturias. Aten Primaria 1995; 15 (9): 561-565.
2. Oliver Banuls A, Pastor Vicente S, Roig Sena J, Chover Lara JL. Estudio de incapacidad laboral temporal en la ciudad de Játiva. Rev Sanid Hig Publica (Madr) 1994; 68 (2): 297-302.
3. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, edad y profesión en las incapacidades laborales temporales de un centro de salud. Aten Primaria 1993; 11 (6): 293-297.
4. Buitrago F, Lozano L, Fernández Lozano C, Bonino F, Candela M, Altimiras J. Las incapacidades laborales temporales de trabajadores administrativos y enfermeras. Gac Sanit 1993; 7 (37): 190-195.
5. Royo-Bordonada M. Duración de la incapacidad laboral y factores asociados. Gac Sanit 1999; 13 (3): 177-184.
6. Berriochoa Martínez de Pison C, Sanz Carabana P, Flores Ortueta L, Soto Fernández S, Villagrana Ferrer JR. Utilidad de la guía estándar para la duración de los procesos de incapacidad laboral temporal, publicado por INSALUD, para la atención primaria. Aten Primaria 1996; 18 (5): 248-252.

Introducción del control de calidad: auditoría del protocolo de diabetes mellitus

Atención primaria; Auditoría;
Diabetes mellitus; Incapacidad laboral;
Patologías; Protocolo.

Sr. Director: La diabetes mellitus es la alteración metabólica grave más frecuente en la población general (2-6%; llegando al 16% en mayores de 65 años), posee un gran efecto sobre la morbimortalidad y como factor de riesgo tiene importancia destacada en la enfermedad isquémica cardíaca (la multiplica por tres), enfermedad cerebrovascular (la multiplica por dos) y sus complicaciones crónicas, macro y microvascularización, son causa, entre otras, de ceguera (principal causa etiológica en