

## CARTAS AL DIRECTOR

### Un debate nunca debe ser un intercambio de opiniones subjetivas

Sr. Director: He leído con mucho interés el editorial firmado por el Dr. Alonso López<sup>1</sup>, en el que advierte de las posibles implicaciones que pueden derivarse del mal uso de los sistemas de información en atención primaria.

El Dr. Alonso apunta algunos temas de gran interés y actualidad para muchos profesionales de primaria. La informatización de las historias clínicas y la puesta en marcha de sistemas que intercomunican los centros de salud entre sí y con otros niveles de atención facilitará al médico que está atendiendo a un paciente el acceso a aquella información relevante (antecedentes, alergias, medicaciones...) que le ayude a tomar decisiones correctas.

Por otra parte, los datos registrados podrían ser empleados con otros objetivos, como son la evaluación de la calidad de la atención, la asignación de recursos en función de criterios más equitativos o la investigación clínica y epidemiológica; para ello deberá contarse con instrumentos apropiados, como son los sistemas de codificación y de case-mix.

En este contexto es lógico que tanto los profesionales de atención primaria como los propios ciudadanos exijan garantías acerca del mantenimiento de la confidencialidad de los datos personales y la seguridad de que las bases de datos generadas por su agregación sólo van a utilizarse para aquellos fines con los que fueron diseñadas. Muchas cuestiones al respecto permanecen abiertas y, por tanto, una discusión sobre las mismas debería verse enriquecida con las aportaciones de los profesionales sanitarios y de otros colectivos (como los expertos en nuevas tecnologías o los propios ciudadanos). Por ello produce una enorme sor-

presa la publicación, como editorial de su revista, del texto del Dr. Alonso. Primero, por su tono exaltado, que incluye descalificaciones y comentarios despectivos no habituales en una publicación científica. Segundo, porque no aporta las referencias en las que apoya unas afirmaciones tan tajantes. Tercero, porque no incluye ninguna cita al posible conflicto de intereses al que está sometido el autor, ya que el Dr. Alonso ha participado en el desarrollo e implantación de un determinado modelo de historia clínica informatizada.

Considero enormemente inoportuno calificar de «despotismo ilustrado» la puesta en marcha de un sistema, como el que se está desarrollando en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que integra toda la información clínica y administrativa haciéndola disponible allí donde sea necesario para los usuarios y trabajadores sanitarios, o lanzar vagas críticas a sistemas de clasificación sin aclarar concretamente a lo que se refiere.

Una polémica siempre debe mantener un adecuado nivel de mesura y nunca limitarse a un intercambio estéril de creencias subjetivas escasamente fundadas. Por el contrario, debe aspirar a ser un debate de ideas entre personas interesadas en alcanzar un mismo objetivo: mejorar los cuidados sanitarios que proporcionan a la población.

**J.F. Orueta**

Pediatra del Centro de Salud de Astrabudua. Bizkaia. Miembro del Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Análisis y Desarrollo de un sistema de Información en Atención Primaria.

1. Alonso López FA y Grupo de Trabajo sobre Informatización de la semFYC. El desafío de la informatización en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 437-438.

### Sobre la fibromialgia

Sr. Director: En referencia al artículo publicado en el número de 15 de octubre de 2000 por M. Soriano y colaboradores<sup>1</sup>, titulado «Fibromialgia: un diagnóstico cenciente», me gustaría realizar algunas observaciones.

Los autores afirman que la fibromialgia (FM) se da predominantemente en el sexo femenino, con una edad de presentación de 12-45 años y que es muy rara fuera de estas edades. En un estudio prospectivo y a largo plazo se observó una edad media de 43,5 años, con mayor afectación de mujeres que de varones<sup>2</sup>. Aunque la FM en edades avanzadas no ha sido tan bien estudiada, últimamente está recibiendo una mayor atención. Se ha observado que la prevalencia aumenta con la edad, y hay autores que encuentran síntomas de FM después de 60-65 años<sup>3</sup>. Wolfe y colaboradores demostraron que la prevalencia de FM en las mujeres aumenta de un 2% a los 30-39 años a un 5,6% a los 50-59 años y a un 7,4% en las mayores de 70 años. En los varones también aumenta desde un 0,2% a un 0,8% y a un 1,2% para cada grupo de edad, respectivamente. Los pacientes de edades avanzadas afectados de FM, cuando se comparan con los jóvenes, presentan menor fatiga, menos alteraciones del sueño, menor ansiedad, menos cefaleas crónicas y menor relación con los cambios climáticos (frío o humedad)<sup>4</sup>.

La FM puede coexistir con enfermedades reumáticas que se presentan comúnmente en edades avanzadas, caso de artrosis, artritis reumatoide y síndrome de Sjögren, lo que hace que el diagnóstico sea más difícil. Frecuentemente suele ser mal diagnosticada considerándose «artrosis». El interés de estas observaciones va encaminado al tratamiento, ya

que los pacientes de mayor edad, con síntomas de FM, suelen estar mal tratados con antiinflamatorios no esteroides, de escasa eficacia en la FM y muy vulnerables a sus efectos secundarios (toxicidad gastrointestinal, hepática o renal; alteraciones hematológicas, y afección del sistema nervioso central). También, al estar afectados de otras enfermedades crónicas, suelen seguir tratamientos con diferentes fármacos con los que pueden interaccionar.

Estos pacientes, en cambio, pueden beneficiarse de una buena educación sanitaria y un régimen de ejercicios adecuado<sup>5</sup>. El conocimiento de la enfermedad, el aprendizaje de distintos hábitos (ejercicios en el agua, baños calientes, etc.) y aquellos consejos que, en general puedan mejorar su calidad de vida, ayudarán a una mayor aceptación de su problema. El papel de enfermería puede ser muy efectivo en este aspecto<sup>6</sup>.

### M. Romera Baurés

Reumatología. CAP Just Oliveras.  
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

6. Hill J, Bird HA, Harmer R, Wright V, Lawton C. An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology out-patient clinic. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 283-288.

## Sobre la informatización en atención primaria

Sr. Director: He leído con interés el editorial de su revista Vol. 26, Num. 7 de 31 de octubre de 2000 (Alonso López FA y Grupo de Trabajo de semFYC. El desafío de la informatización en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 437-438) y quisiera hacerle algunas observaciones que me sugiere con objeto de que sean publicadas en su revista.

Soy médico desde 1982 y médico de familia, miembro de la semFYC desde 1986. Desde esa fecha hasta el presente he ejercido profesionalmente como tal, exceptuando los tres últimos años en que me incorporé a la organización central de Osakidetza como jefe de servicio de la Subdirección de Atención Primaria.

Durante este tiempo he participado y dedicado la mayor parte de mi esfuerzo en ayudar a mi organización a conseguir un sistema de información asistencial para la atención primaria, cuyo pilar fundamental es la base de datos única de pacientes y la historia clínica única por paciente. Una de las decisiones tomadas, y que su revista etiqueta de «frivolidad cercana al despotismo ilustrado» ha sido la de utilizar una base de datos centralizada con los historiales clínicos de los pacientes accesibles desde cualquier punto de la red asistencial. Debería ser innecesario aclarar que estos accesos están gobernados por un sistema de desagregación de datos y de control de accesos que toma como unidad funcional al equipo de atención primaria, punto éste en el que coincidimos con su revista. De acuerdo también en que la

«centralización per se» no es necesaria, lo mismo que no lo es la informatización en el sentido estricto. Nada es necesario sólo por ser posible, pero una vez decidido que vamos a apoyarnos en la tecnología informática (decisión difícilmente discutible) la pregunta correcta es ¿qué es mejor? La opinión de mi organización apoyada en la opinión de sus profesionales y en la de los propios clientes, muy alejada de argumentos espurios que su revista parece intuir, es que una base de datos centralizada facilita la atención informada de los pacientes, el compartir datos entre distintos niveles asistenciales y el tránsito de los pacientes durante el proceso asistencial. Facilita, en suma, el acceso a la información oportuna en el momento adecuado desde el lugar en que esa información es necesaria, favoreciendo tanto a los pacientes como a los profesionales. Estamos ética y legalmente obligados a gestionar los datos que sobre su salud y sobre su enfermedad los pacientes ponen en nuestras manos. Este compromiso ético consiste tanto en garantizar su confidencialidad como en garantizar su accesibilidad. En la búsqueda del equilibrio entre estas dos garantías está la discusión ética. Discusión lamentablemente demorada a causa de las interminables y estériles discusiones tecnológicas que, al parecer, alcanzan hasta a las organizaciones científicas.

Es opinión de mi organización que una base de datos centralizada, lejos de ser más insegura, lo es bastante más que las bases de datos distribuidas, al permitir focalizar los esfuerzos de infraestructuras tecnológicas y humanos en una única base de datos. Esta no es únicamente una cuestión de ahorro, compromiso de cualquier ente público, sino de garantizar el cumplimiento de las condiciones de seguridad y mantenimiento de los datos de todos y cada uno de nuestros pacientes. No se le esca-

1. Soriano Suárez M, Gelado Ferrero MJ, Girona Bastus MR. Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta. *Aten Primaria* 2000; 26: 415-418.
2. Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 682-685.
3. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later. What have we learned? *Arch Intern Med* 1999; 159: 777-785.
4. Albert DA, Schwab EP. Geriatric rheumatology. En: Weisman MH, Weinblat ME, Louie JS, editores. *Treatment of the rheumatic diseases*. Filadelfia: W.B. Saunders, 2000; 31-44.
5. Mannerkorpi K, Nyberg B, Ahlmén M, Ekdahl Ch. Pool exercise combined with an education program for patients with fibromyalgia syndrome. A prospective, randomized study. *J Rheumatol* 2000; 27: 2473-2481.