

que los pacientes de mayor edad, con síntomas de FM, suelen estar mal tratados con antiinflamatorios no esteroideos, 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 adecuado⁵. 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 aspecto⁶.

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.

pará que es más fácil que estas condiciones de seguridad se cumplan en una única base de datos que en 300 bases distribuidas por toda nuestra geografía. O ¿es acaso opinión de su revista que los datos de los pacientes de una población de 1.000 habitantes necesitan un nivel de seguridad menor, por ser menos, que los de los pacientes de una población de 30.000 habitantes, que por ser más tienen la fortuna de pertenecer a un eficiente y modélico equipo de atención primaria?

F. Urbano Ispizúa

Jefe de Servicio Subdirección Atención Primaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Uso inadecuado de cefalosporinas de tercera generación en atención primaria

Sr. Director: Los antimicrobianos son fármacos de utilización frecuentemente empírica y, sin duda, aquellos de uso más aleatorio e irracional en la práctica médica. Se trata de un hecho de suma importancia en nuestro país, España es ampliamente reconocida en la comunidad científica como uno de los países con mayores tasas de resistencias bacterianas, sobre todo en los patógenos de origen comunitario¹. La actual situación de resistencia puede estar en relación con el consumo excesivo de estos medicamentos, especialmente en la atención comunitaria o extrahospitalaria, ya que es la responsable de alrededor del 92% del consumo total de antimicrobianos^{1,2}. Así, se ha relacionado el aumento en la resistencia de *S. pneumoniae* a cefalosporinas con un aumento en España del consumo extrahospitalario de dichos antibióticos³. Además su uso inapropiado conlleva retrasos diagnósticos, interacciones medicamentosas, efectos secundarios y un importante e inútil gasto farmacéutico.

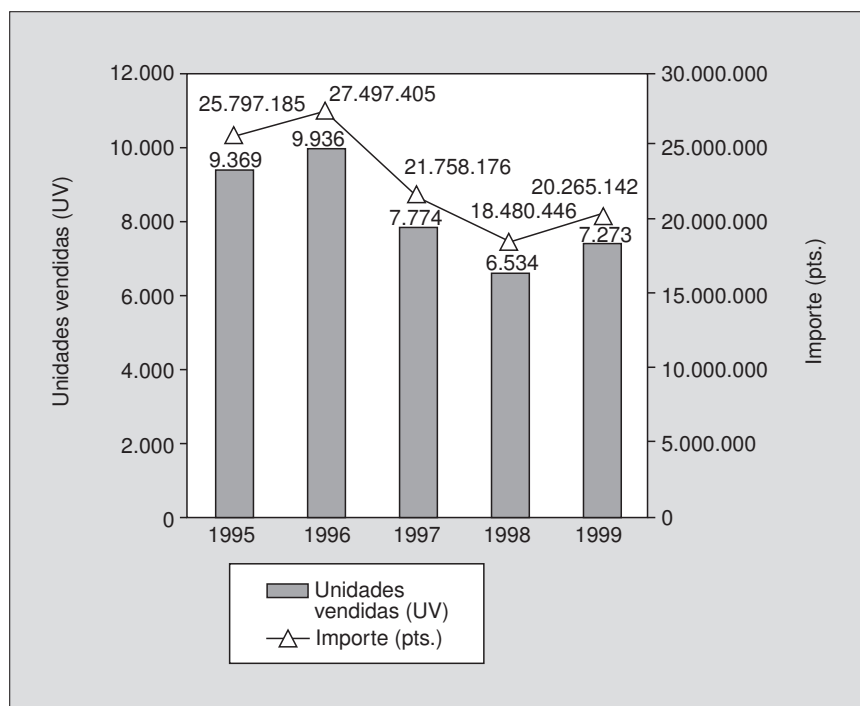


Figura 1. Consumo de cefalosporinas de tercera generación sometidas a estudio durante los 5 años. Número total de unidades vendidas e importe en pesetas.

Para la OMS la prescripción racional de medicamentos se produce cuando un médico, con una adecuada información, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe un medicamento bien seleccionado, a la dosis adecuada, durante un tiempo apropiado y con el menor coste para el sistema. Nuestro estudio quiere acercarse principalmente al problema económico que ocasiona el uso inadecuado, valorando el gasto farmacéutico de cefalosporinas de tercera generación y su evolución durante los años 1995-1999, en atención primaria (AP) del Área Sanitaria de Plasencia, que engloba 29 zonas básicas de salud y tiene una población de 223.000 habitantes. Se han elegido estos antimicrobianos por constituir un grupo que nunca es de elección como tratamiento empírico, con la excepción de cefotaxima y ceftriaxona en determinados procesos (meningitis y gonococia), por lo que ambos se han excluido del estudio.

Se solicitó a la Unidad de Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria de Plasencia y de la cinta de facturación del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres los listados de consumo de estos antimicrobianos: cefixima, cefpodoxima, ceftazidima y ceftibuteno, durante los años 1995-1999. Los indicadores utilizados para el estudio del consumo fueron: unidades vendidas (UV) o número de envases que han sido prescritos, dispensados y facturados a la Seguridad Social en cada año, valor PVP en pesetas y DHD expresada como dosis diaria definida (DDD)/1.000 habitantes y día. Las cefalosporinas de tercera generación sometidas al presente estudio han supuesto un gasto de 40.886 UV durante todo el período, con un gasto medio de 8.177,20 UV/año. El valor en pts. (PVP) de los 5 años fue de 113.798.354 con un importe medio de 22.759.671 pts./año que representa un 4,90% del valor total de antibióticos prescritos en nuestra zona. En la