

figura 1 se recogen los datos de consumo para cada año en UV y valor en PVP expresado en pesetas de los 4 antimicrobianos.

Con una media de 0,0400 DHD, cefixima fue el principio activo más utilizado durante todo el período de estudio, seguido de ceftibuteno con 0,0135; el tercer lugar lo ocupó cefpodoxima, con una media de 0,0012 DHD, y ceftazidima, en último lugar, presentó un consumo irrelevante ($< 0,0001$) en los dos primeros años y nulo en el resto.

De estas cefalosporinas, cefixima, ceftibuteno y cefpodoxima presentan entre otras características su administración oral, en 1 o 2 dosis diarias según presentación, generalmente bien toleradas y con «fama de seguras», lo que les confiere una comodidad a la hora de su prescripción, que no justifica su empleo, además de presentar pocas ventajas sobre las anteriores en la patología habitual en AP. Las cefalosporinas de tercera generación pueden y deben utilizarse fuera del medio hospitalario para determinadas indicaciones muy concretas⁴.

El consumo de estos antimicrobianos en nuestra zona es menor al de estudios previos, como el realizado en AP de la provincia de Zaragoza⁵ en 1994, donde se incluían con sus respectivas DHD cefixima: 0,3431 DHD; ceftibuteno: 0,0944 DHD; cefpodoxima: 0,0223 DHD, y ceftazidima: 0,0002 DHD, y el realizado en el Área Costa de Ponent (Barcelona)⁶ durante 1993-1996 con una media para cefixima: 0,593 DHD, y ceftibuteno: 0,143 DHD. Durante el período estudiado en nuestra zona encontramos una estabilidad en el consumo, pese al incremento que se produjo en el año 1996.

Independientemente de los resultados obtenidos, este gasto no estaría justificado al excluirse el ocasionado por cefotaxima y ceftriaxona, que sí presentan indicación empírica y consideramos, por

tanto, este consumo como inadecuado. La realización de estudios en países europeos demuestra que la reducción en el consumo de antibióticos consigue disminuir el porcentaje de resistencias a determinados antimicrobianos³. Una información continua a los profesionales sanitarios sobre datos locales de resistencia bacteriana frente a antibióticos y el consumo de los mismos, con una facilidad en el acceso de los médicos de AP al diagnóstico microbiológico, evitaría un importante e inútil gasto sanitario, una disminución del nivel de resistencias a antimicrobianos, retrasos diagnósticos, interacciones medicamentosas y efectos secundarios.

Agradecimientos

A Emilio Fuentes y José Ramón Álvarez, de la Unidad de Farmacia por su colaboración.

A.J. Garrido Díez^a, M. de la Cal López^a, J.F. de Aramburu Pataut^a, V.I. Velasco Merino^a, M.A. Lamas López^a e I. Montes Martínez^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Área de Plasencia.

^bEspecialista de Microbiología. Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

1. Baquero F, coordinador et al. Informe sobre resistencia microbiana: ¿qué hacer? Panel de expertos. Ministerio de Sanidad y consumo. Med Clin (Barc) 1996; 110 (Supl 1): 21-24.
2. Pérez Gorricho B, Baquero F. Estrategias de uso y consumo de antibióticos. Med Clin (Barc) 1986; 86: 547-549.
3. Liñares J, Tubau F. Resistencia a cefalosporinas en infecciones por *Streptococcus pneumoniae*. Med Clin (Barc) 1998; 110 (Supl 1): 21-24.
4. Grupo de Expertos de la SEIMC. Utilización extrahospitalaria de las cefalosporinas de tercera generación. Enf Infec y Microbiol Clin 1990; 8: 1-6.
5. Goldacarena Tanco M, Aza Pascual-Salcedo M, Bárcena Caamaño M, Fustero Fernández MV. Consumo extrahospitalario de antiinfecciosos en

dosis diaria definida por mil habitantes y día. Aten Primaria 1996; 18: 357-361.

6. Millet Medina FJ, Gracia Aguirre S, Madrdejos Mora R, Solé López J. Consumo de antibióticos (1993-1996) en la atención primaria de un área sanitaria con una tasa elevada de resistencias bacterianas. Aten Primaria 1998; 21: 451-457.

Hoja de crónicos: mejorando registros, evaluaciones y educación para la salud

Sr. Director: Si bien la práctica de la medicina ha tenido siempre un carácter dinámico y cambiante, en los últimos años estos cambios se van desarrollando a más velocidad y nos vemos forzados a adaptar todo lo que nos resulta eficaz para mejorar nuestra práctica clínica.

Presentamos la hoja de crónicos que utilizamos, con las últimas modificaciones que le hemos realizado, y que creemos puede resultar útil para otros profesionales de atención primaria. Esta hoja es una modificación de la elaborada por el EAP del Centro de Salud de Estella (Navarra).

Como toda hoja de crónicos, nos sirve para evaluar nuestra actividad con el enfermo y su situación clínica, y también para realizar educación sanitaria con él. Todo ello sin olvidar su utilidad en la atención urgente de pacientes por personal sanitario diferente al suyo de «cabecera», en centros como el nuestro que disponen de atención continuada 24 horas diarias. Nos parece una hoja integradora y novedosa por varios motivos:

1. Hemos incorporado el parámetro saturación de oxígeno al disponer en el centro de pulsioxímetro, como va ocurriendo en el resto de los EAP de nuestra comunidad y suponemos ocurrirá en las demás comunidades. Hay autores que sugieren la pulsioximetría como la «5.ª constante vital» en la valoración de los

Servicio Navarro de Salud Osasunbidea Centro de Salud de Huarte		N.º H.ª:..... EDAD:..... APELLIDOS:..... NOMBRE:..... FECHA:.....			
◇ DIABETES	◇ HIPERTENSIÓN	◇ HIPERLIPEMIA	◇ LCFA	◇ OBESIDAD	◇ TABACO
◇ 1	◇ TIPO:	◇ COLESTEROL	◇ ASMA	◇ PESO IDEAL	◇ ALCOHOL:
◇ 2	◇ GRADO:	◇ TRIGLICÉRIDOS	◇ EPOC	◇ IMC	g/d
◇ GBA		◇ MIXTA	◇ RESTRICTIVA	◇ P. CINTURA	g/s
◇ TAG					
ENFERMEDADES ASOCIADAS:					
EXPLORACIÓN (FECHA:)					
CABEZA Y CUELLO:					
AUSCULTACIÓN CARDÍACA:					
AUSCULTACIÓN RESPIRATORIA:					
ABDOMEN:					
EXTREMIDADES:					
MODIFICACIONES DE LA EXPLORACIÓN:					
ECG:					
RX TÓRAX:					
FONDO DE OJO:					
ESPIROMETRÍA: FVC: FEV ₁ : FEV ₁ /FVC: FEM:					
PLAN TERAPÉUTICO:					
MEDICACIÓN					

Figura 1a.

pacientes, junto con presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria y temperatura. Por ello estaría indicada en muchos de los pacientes que acuden a una consulta médica, «prácticamente en cualquiera», y no sólo para los que presentan patología respiratoria¹.

2. En el apartado de obesidad hemos cambiado el índice cintura/

cadera por perímetro de la cintura, que resulta más cómodo y requiere menos tiempo, al existir diferentes publicaciones que lo proponen como mejor, o similar, predictor de la obesidad visceral, siendo recomendable en varones < 102 cm y en mujeres < 88 cm²⁻⁴.

3. Incluimos FEM en el apartado de espirometría, dada la utilidad

de disponer de este parámetro en el tratamiento y control de los pacientes asmáticos^{5,6}, para valorar la severidad de sus crisis y la eficacia del tratamiento⁷.

4. Facilita las evaluaciones periódicas del centro de salud y otras como el control de calidad del cuidado del diabético en AP de los centros incorporados al GEDAPS. No es preciso disponer, en la historia clínica, de una hoja específica para la evaluación del GEDAPS al llevar incorporados, ésta que presentamos, los datos necesarios para realizarla: control oftalmológico, cribado de microalbuminuria, revisión de los pies, actividades de EpS, etc.

Al estar incluidos estos datos en la propia hoja de crónicos sirve de recordatorio de las tareas a realizar si queremos mejorar la calidad de nuestra atención, y no sólo de la atención a los diabéticos. El valorar la presencia o ausencia de pulsos pedios/tibiales posteriores sirve para sospechar arteriopatía periférica y, si se confirma, intensificar el control de factores de riesgo cardiovascular al conocer que esa persona tiene ya riesgo cardiovascular alto aunque su cifra no supere un 20% (al igual que ocurre con los que presentan ACV o cardiopatía isquémica o diabetes)^{4,8}.

5. Incorporamos la valoración del riesgo cardiovascular o coronario (RC) al ser un paso previo en la toma de decisiones terapéuticas en la prevención de las enfermedades cardiovasculares⁴. Proponemos seguir las recomendaciones del GEDAPS (tratar HTA e HLP en pacientes que tengan RC superior al riesgo medio de su mismo grupo de edad y sexo para evitar sobretratamiento de ancianos y poco tratamiento de jóvenes en prevención primaria de cardiopatía isquémica), e ir generalizando el cálculo del RC absoluto según las tablas de Framingham de Wilson 1998⁹⁻¹¹.

Nos parece útil el tener, junto a la cifra de RC absoluto, el valor del

FECHA:										
MED/ATS:										
PESO (kg)										
TESIÓN ARTER.										
F. CARDÍACA (X')										
SAT. O ₂ (%)										
PIES										
PERFIL GLUCÉMICO										
AD/DD										
ACO/DCO										
ACE/DCE										
ANALÍTICA										
UREA-CREATIN.										
ÁCIDO ÚRICO										
GOT/GPT										
CPK										
COLESTEROL										
HDL/LDL										
TRIGLICÉRIDOS										
SODIO/POTASIO										
HB GLIC-A _{1c} (%)										
MICROALBUMIN.										
T4/TSH										
CUMPLIMIENTO: B (bien) R (regular) M (mal)										
DIETA										
EJERCICIO										
TRATAMIENTO										
TABACO										
ALCOHOL										
EPS: A (autocontrol) C (complicaciones) D (dieta) E (ejercicio) F (fármacos) H (hipoglucemias) I (inyección) P (pies)										
EPS										
RC %/RC medio %										
INTERCONSULT.										
CAMBIO TRATAMIENTO										

Figura 1b.

RC medio que tendría una persona de la misma edad, no diabética, no fumadora, con PA normal, colesterol total de 160-199 mg/dl y HDL de 55 mg/dl¹². El disponer de los dos valores, además de la utilidad para tomar decisiones terapéuticas como ya se ha explicado, sirve como herramienta para abordar la motivación para el cambio de hábitos: comparar la situación de RC absoluto de un paciente con el riesgo que podría tener modifi-

do hábitos y/o adhiriéndose al tratamiento en caso de precisarlo, ayuda a que el paciente sea consciente de que está en sus manos disminuir su riesgo coronario y es un paso a favor del cambio de los factores de RCV «modificables». Cabe destacar aquí la importancia de no apabullar al paciente y mantener una actitud de ayuda activa hacia el deseo de cambio¹³. En nuestro trabajo diario utilizamos esta hoja de crónicos, no re-

sulta más complicada que otras y creemos que aporta beneficios. En definitiva, mejora la calidad de nuestra actividad.

S. Lizarraga Mansoa, A. Erro Garzarón y M. Ayarra Elía

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huarte (Navarra).

1. Lisa V, Carpintero JM. Utilidad del pulsioxímetro en un centro de salud. FMC 1999; 6: 517-522.
2. Grundy SM, Benjamin IJ. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association (Documento sobre prevención cardiovascular de la American Heart Association). Circulation 1999; 100: 1134-1146.
3. Mata Cases M, Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mundet Tuduri X, Tomás Santos P. Diabetes mellitus tipo 2. FMC 2000; 7 (Supl 6): 23.
4. Alan J, Garber MD. Attenuating cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. American Family Physician 2000; 62: 2633-2645.
5. Patier de la Peña JL. Asma bronquial (I). Aula acreditada. El médico 2000; 37-60.
6. López Viña A. Actualización terapéutica en el asma. FMC, 2000; 7 (Supl 5): 5-9.
7. Domingo Morera JA. Utilización e interpretación de las pruebas ventilatorias en atención primaria. Med Integral 1999; 33: 111-122.
8. Mata Cases M, Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mundet Tuduri X, Tomás Santos P. Diabetes mellitus tipo 2. FMC 2000; 7 (Supl 6): 27.
9. De la Figuera M. Factores de riesgo cardiovascular: abordaje global. FMC 2000; 7 (Supl 5): 59-65.
10. Mata Cases M, Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mundet Tuduri X, Tomás Santos P. Diabetes mellitus tipo 2. FMC 2000; 7 (Supl 6): 46-47.
11. Maiques Galan A, Vilaseca Canals J. Variabilidad en la valoración del riesgo cardiovascular. FMC 2000; 7: 611-628.
12. Scott Morey S. Practice guidelines: AHA and ACC outline approaches to coronary disease risk assessment. Am Fam Physic 2000; 7: 611-628.
13. Miller W, Rollnick S. Entrevista motivacional. ¿Qué es lo que hace cambiar a las personas? Barcelona: Paidós, 1999.