

^aServicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^bServicio de Laboratorio, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^cSección de Urgencias Medicina, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gburillo@huc.canarias.org (G. Burillo-Putze).

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.009

El significado de la palabra “hiperfrecuentación” para los profesionales de atención primaria

The meaning of the word “over use” for primary care professionals

Sr. Director:

Es fácil encontrar el término “hiperfrecuentación” en artículos referentes a la utilización de los servicios de salud de atención primaria (AP) y se nombra, también a menudo, como un problema actual que influye en la calidad de la asistencia (quizás como comodín a la hora de justificar ciertos “desajustes” en el sistema). Pero, ¿sabemos cuál es el verdadero significado de “hiperfrecuentación”? O, planteado de otra manera, ¿qué significado tiene para aquellos profesionales que a diario se encuentran con ésta? Al revisar estudios que plantean dicho término, los criterios para su definición son múltiples¹, lo que no permite arrojar luz a nuestras preguntas. Por esto, nos planteamos conocer de primera mano, al preguntar a los protagonistas, profesionales de AP, cómo definirían ellos este concepto.

Para esto, diseñamos un estudio cualitativo, de análisis del discurso² mediante entrevistas semiestructuradas y con muestreo intencional, en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud (para intentar recoger posibles diferencias por población atendida), profesión (medicina o enfermería, por las diferentes funciones del trabajo), sexo (por posibles diferencias en varones y mujeres) y número de años trabajados. La población del

estudio está constituida por 12 médicos/as y 6 enfermeros/as de las áreas de salud 1, 3, 7, 8, 9 y 10 de AP de la Comunidad de Madrid (se incluyó un médico, una médica y un/a enfermero/a de cada área).

Tras dicho análisis el resultado que pretendemos destacar (común en todos los participantes) es que los profesionales no “etiquetan” a un paciente como hiperfrecuentador en función del número de visitas (como en la mayoría de los estudios que citan el término), sino en función de la calidad de dichas visitas, es decir, por los problemas que se abordan en las mismas (tabla 1). En la mayoría de las ocasiones son pacientes que acuden a AP para intentar resolver problemas de tipo psicosocial, que según los profesionales escapan del ámbito de AP. Esto produce desgaste tanto en el profesional³ como en el paciente, ya que el criterio de calidad de este último es que al acudir a la consulta solucionen su problema⁴.

Para manejar el problema de la “hiperfrecuentación” de una manera efectiva hay que comprender qué determinantes de salud (eminentemente sociales) lo producen y agilizar la coordinación con los recursos psicosociales correspondientes para que las consultas de AP sean un lugar de resolución de problemas y de encuentros de calidad entre los profesionales y los pacientes satisfactorios para ambos.

Financiación

Este trabajo ha recibido una subvención de investigación del Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación FIS Multicéntrico: 06/1122).

Tabla 1 Percepción de los profesionales de atención primaria sobre características relacionadas con la hiperfrecuentación

“... (lo que) hace que muchísima gente venga a las consultas, bueno, en los pacientes mayores es la soledad, vienen a vernos, pero vienen porque están solos y nosotros los recibimos, y somos los únicos, vamos a ver, los únicos que seguro les vemos.” (Medicina, mujer)
“... personas mal adaptadas, con trastornos de adaptación al estrés realmente, su familia, su trabajo, pues que bueno, pues sufren cualquier mínima adversidad y ya o el estrés, la ansiedad o la depresión...” (Medicina, varón)
“... están llamando la atención, no saben qué pasa en su vida, no saben qué les está pasando, y vienen, vienen a que tú..., vienen a decirte una chorrada, que no es verdaderamente lo que les pasa...” (Enfermería, mujer)
“... (el hiperfrecuentador venía) principalmente, demandando otra cosa, o demandaba mucho, o demandaba mal o venía muchas veces y tenía otro problema no resuelto, o familiar, o a lo mejor es de difícil resolución, que era difícil resolver por nuestra parte, pero que eso le hacía que estuviese aquí muchas veces, con muchos problemas físicos, con muchas cefaleas, con somatizaciones y, a lo mejor, tenía otro problema social detrás.” (Enfermería, varón)

Bibliografía

1. Sarria Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471-2.
2. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423-36.
3. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214-9.
4. Hernán García M, Gutiérrez Cuadra JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria*. 2002;30:425-33.

doi:10.1016/j.aprim.2009.05.014

María Sandín Vázquez^{a,*}, Paloma Conde Espejo^b Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria

^a*Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales, Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá, Madrid, España*

^b*Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.sandin@uah.es
(M. Sandín Vázquez).

Pautas de actuación en déficit de vitamina B₁₂ asociado a tratamiento con metformina

An approach to adopt in patients with metformin-associated vitamin B₁₂ deficiency

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo «Déficit de vitamina B₁₂ en pacientes tratados con metformina: pautas de actuación» de los Dres. Acezat Oliva y Simó Cruzet¹ recientemente publicado en esta revista. Existen varios aspectos referentes al algoritmo de actuación que los autores plantean que nos gustaría comentar. La absorción de la vitamina B₁₂ de la dieta es un proceso complejo con múltiples etapas. La vitamina B₁₂ entra en el tracto digestivo unida a proteínas. En el estómago, la pepsina y el ácido clorhídrico liberan la vitamina B₁₂ de su unión a proteínas y la mayoría de la vitamina B₁₂ se une a la proteína-R procedente de las células salivales y parietales. El estómago también produce el factor intrínseco, pero su unión a la B₁₂ es débil en presencia de la proteína-R salival y gástrica. En el duodeno, la vitamina B₁₂ de la dieta unida a la proteína-R forma complejos con la cobalamina-proteína R que la bilis ha secretado. Las enzimas pancreáticas van a romper ambos complejos, biliares y de la dieta, y van a liberar la cobalamina de su unión a la proteína-R. Finalmente, la vitamina B₁₂ se une al factor intrínseco y se absorbe en el íleon terminal. Por otra parte, entre el 1-5% de la cobalamina libre (cobalamina cristalina) se absorbe en el intestino por difusión pasiva, incluso en ausencia de factor intrínseco, lo que permitirá el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂ con dosis altas por vía oral². Aunque el mecanismo por el que la metformina puede producir un déficit de vitamina B₁₂ no está del todo establecido, en los últimos años se postula que la metformina ejercería su acción bloqueante en un canal dependiente del calcio en las células del íleon. En el algoritmo de los Dres. Acezat Oliva y Simó Cruzet se indica el tratamiento con cianocobalamina por vía intramuscular para el tratamiento del

déficit de vitamina B₁₂. Aunque en pacientes con anemia grave o clínica neurológica se aconseja comenzar el tratamiento por vía parenteral, en aquéllos sin estas manifestaciones clínicas se podría utilizar la vía oral en la dosis adecuada. En diversos estudios se ha demostrado la utilidad de la cianocobalamina oral en el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂ de diversas etiologías, incluida la anemia perniciosa³. En Suecia⁴ existe una larga tradición de empleo de la vitamina B₁₂ oral, con más del 80% de las prescripciones por esta vía. Un reciente estudio⁵ en nuestro país con 28 pacientes, 23 de los que presentaban anemia perniciosa, demostró la efectividad del tratamiento del déficit de vitamina B₁₂ por vía oral. Asimismo, según los autores del estudio, el tratamiento por vía oral se asociaba a un considerable ahorro económico. Por otra parte, además de la vía oral, también hay que recordar que se puede utilizar la vía subcutánea, lo que puede ser importante en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante.

Otro aspecto por mencionar es el referente a la retirada de la metformina, que los autores proponen en su algoritmo de actuación. Si, al margen del déficit de vitamina B₁₂, el paciente tolera bien el tratamiento con la metformina con un control adecuado de su diabetes mellitus, creemos que se podría considerar la administración de la cianocobalamina y continuar el tratamiento con la metformina. En una reciente publicación Andrés et al⁶ describían su experiencia con 10 pacientes con déficit de cobalamina asociada a tratamiento con metformina. El tratamiento con metformina se suspendió en sólo 2 pacientes y 6 pacientes se trataron con la dosis máxima de 1.000 µg de cianocobalamina oral. En todos los casos se corregía el déficit de la vitamina B₁₂ y las anomalías hematológicas durante los primeros 3 meses de tratamiento.

Bibliografía

1. Acezat Oliva J, Simó Cruzet E. Déficit de vitamina B₁₂ en pacientes tratados con metformina: pautas de actuación. *Aten Primaria*. 2009. doi:10.1016/j.aprim.2009.05.010.