

¿Es útil una rotación en Atención Primaria en el programa de formación especializada en Geriátrica? Reflexiones de un residente



Is rotation into Primary Care useful in the Geriatric Specialist Training Program? Reflections of a Resident

Sr. Director:

He tenido recientemente el privilegio de rotar durante 2 meses en el Centro de Salud Mar Báltico, de Madrid, como parte de mi formación especializada en Geriátrica. Al final de dicha rotación me propusieron valorarla y me animaron a compartirla con los profesionales interesados en la Atención Primaria y en el manejo de las personas mayores.

En 1978, con la creación del sistema Médico Interno Residente (MIR), se definieron y delimitaron las diferentes especialidades que capacitan a los profesionales médicos de nuestro sistema de salud. Se estableció entonces el concepto y el campo de actuación de la Geriátrica y de la Medicina de Familia, ambas con una visión global y enfoque holístico.

Entre los objetivos prioritarios de la formación especializada en Geriátrica figura en lugar destacado la integración de los ancianos en la comunidad; en el caso de la Medicina de Familia, el abordaje sanitario de los diferentes grupos poblacionales, entre ellos, los mayores.

No es sorprendente, por tanto, que ambos programas formativos muestren una gran interrelación en los objetivos docentes a adquirir, destacando el uso adecuado y racional de los recursos y la Valoración Geriátrica Integral, respectivamente, dejando libre en cada caso el lugar donde aprenderlos, ya sea en sus niveles asistenciales o en recursos de la otra especialidad, aunque difícilmente se manejarán correctamente los recursos de Primaria sin haberlos conocido de primera mano. Afortunadamente, en ambos programas formativos MIR del Hospital Ramón y Cajal se incluye una rotación obligatoria durante 2 meses en la otra especialidad (centros de salud del área y Servicio de Geriátrica del Hospital Ramón y Cajal).

Estas 2 especialidades tienen en común el paciente anciano, especialmente aquel con pluripatología, polimeditado, inmovilizado o institucionalizado. Aunque su enfoque es algo diferente, ya que los médicos de familia llevan un seguimiento más frecuente del paciente y desarrollan principalmente tareas de prevención, mientras que los geriatras se encargan del paciente anciano complejo, ya sea durante la hospitalización o en consultas, su objetivo final es el mismo: la atención integral de los mayores, especialmente los que tienen grandes necesidades.

La Comunidad de Madrid ha desarrollado en Atención Primaria una serie de protocolos, entre los que cabe destacar en relación con este tema los siguientes: paciente mayor (valoración de fragilidad), paciente inmovilizado, anciano polimeditado (revisión de medicamentos y adherencia) y paciente crónico; todos ellos buscan facilitar el seguimiento de dichos pacientes de forma periódica.

De igual manera, en el Plan Estratégico de Geriátrica de Madrid para 2011-2014 se incluye un capítulo que trata sobre la relación entre la Geriátrica hospitalaria y el ámbito comunitario, en el que se remarca la importancia de la coordinación entre los distintos niveles asistenciales sanitarios con el fin de promocionar la salud de los mayores y dar continuidad a los servicios, donde la Geriátrica puede apoyar en el manejo de los pacientes ancianos frágiles y complejos.

Las residencias de ancianos requieren una mención especial, ya que según la normativa actual española son centros sociales, dependiendo su asistencia sanitaria de los médicos de Atención Primaria. Sus residentes presentan una elevada prevalencia de polifarmacia, demencia e inmovilidad, entre otros problemas, por lo que el trabajo conjunto entre médicos de Atención Primaria, médicos de residencia y geriatras es fundamental.

Tras reflexionar sobre este tema, realicé una búsqueda bibliográfica para conocer la interrelación de los programas formativos de ambas especialidades en España. Para dicho motivo utilicé la siguiente estrategia:

- Palabras clave: «formación especializada», «geriátrica» y «gerontología».
- Idioma: español.
- Período: desde el año 2000 hasta la actualidad.
- Buscador: revistas incluidas en Elsevier.

Tras dicha búsqueda, obtuve 109 artículos, llamando la atención el elevado número de documentos publicados en la *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* (43%), seguida por la *Revista de Calidad Asistencial* (8%), *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* (6%) y *Atención Primaria* (5%), entre otras.

Tras la revisión de los artículos, seleccioné 7 de ellos por su relación con la formación especializada de la Atención Primaria y la Geriátrica, todos ellos publicados en la *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*.

El primero de ellos es el fruto de la sesión de trabajo de la Fundación Academia Europea de Yuste sobre la necesidad de educación geriátrica en Europa, destacando la importancia de la formación continuada de los médicos generalistas en el ámbito de la Geriátrica¹.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología escribió una carta al Defensor del Pueblo en el año 2000, en relación con la atención sociosanitaria de los mayores, donde no solo apoyan el mensaje de la Declaración de Yuste, sino que además proponen incluir la enseñanza de la Geriátrica en el período MIR de los médicos de Atención Primaria². El profesor Ribera Casado posteriormente recordó el mensaje de la Declaración de Yuste, centrándolo en los médicos de Atención Primaria, debido a su papel central en la atención del paciente mayor³.

Posteriormente, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología acordó con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria intercambiar recursos de la formación continuada incluyendo publicaciones y actos⁴.

A nivel internacional existen 3 documentos (Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Documento de recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE y el European Silver

Paper) que reiteran la importancia de la enseñanza de la Geriátría tanto en el pregrado como en el posgrado⁵⁻⁷.

Esta rotación me ha permitido conocer, entre otras cosas, la forma de trabajar de los equipos de Atención Primaria y los recursos disponibles a dicho nivel. Estoy, por tanto, más preparado y más dispuesto a trabajar en equipo con estos profesionales, con el objetivo compartido de optimizar los recursos y evitar desplazamientos innecesarios y la duplicidad de pruebas diagnósticas.

Por último, me gustaría reflexionar sobre la existencia de varias recomendaciones respecto a la importancia de la formación en el cuidado de los mayores en la carrera profesional de los médicos de Atención Primaria, sin haber constancia en la literatura de datos sobre el cumplimiento de dichas recomendaciones, así como la ausencia de publicaciones que valoren la importancia de la Atención Primaria para los geriatras. Recomendando, por tanto, valorar la implantación de una rotación obligatoria en el centro de salud para todos los residentes de Geriátría, al igual que sería deseable una rotación en Geriátría para todos los residentes de Medicina de Familia.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a la Dra. Alayeto y a la Dra. Pejenaute por acogerme en el centro de salud, enseñarme y, además, proponerme escribir esta carta.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Conclusiones de la sesión de trabajo de la Fundación Academia Europea de Yuste sobre la necesidad de educación geriátrica en Europa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:342-5.
2. Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35:107-14.
3. Ribera Casado JM. Formación básica y continuada en Geriátría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36 Supl 5:32-42.
4. Acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:62.
5. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37 Supl 2:12-36.
6. O'Neill D, Williams B. Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37:342-6.
7. Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, et al. Silver paper: The future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease-A report of the European Summit on Age-Related Disease. *Aging Clin Exp Res.* 2009;21:376-85.

J. Mateos-Nozal

Servicio de Geriátría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Correo electrónico: je_mdn@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.012>

La satisfacción del paciente diabético en la consulta de atención primaria: una aproximación España vs. Europa



Diabetic patient satisfaction in primary care: A comparison of Spain vs. Europe

Sr. Director:

La satisfacción de los pacientes con respecto a los servicios de salud se ha postulado como una medida objetiva de la calidad en la atención recibida¹, puesto que permitiría identificar áreas de interés para mejorar la atención sanitaria². Aunque se trata de una variable controvertida, su potencial y su utilidad para evaluar servicios están todavía por explorarse. De hecho, hay estudios que ya valoran la satisfacción como una variable relacionada con aspectos como la adherencia al tratamiento³.

El estudio EUPRIMECARE es un proyecto financiado por el 7.º Programa Marco de la Unión Europea, y su objetivo es analizar los costes y la calidad de los diferentes modelos de atención primaria (AP) en Europa⁴. Uno de los componentes utilizados para medir la calidad es la satisfacción de los pacientes. Existe un limitado número de publicaciones recientes acerca de la satisfacción de los usuarios de AP en España^{5,6}, y además no existe información específica sobre satisfacción en pacientes con diabetes.

Uno de los primeros aspectos que hemos evaluado ha sido la satisfacción de los pacientes diabéticos con los servicios en AP, comparando el nivel de satisfacción en España con el resto de países participantes en el proyecto EUPRIMECARE. La fuente de información fue una encuesta poblacional que se llevó a cabo en Estonia, Lituania, Hungría, Finlandia, España, Italia y Alemania. Los participantes se seleccionaron de acuerdo a un plan de muestreo estratificado desarrollado para cada país considerando la edad, el sexo y variables socioeconómicas y sociodemográficas.

La prevalencia de diabetes comunicada en la muestra de pacientes residentes en España fue de 6,70% (n = 29; IC 95%: 5,84-7,62), siendo el 58,62% mujeres y presentando una media de edad de 56,52 (DE: 15,07). La prevalencia de diabetes en la muestra de pacientes EUPRIMECARE fue de 9,54% (n = 247; IC 95%: 8,41-10,68). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables basales analizadas entre los participantes de España y los países EUPRIMECARE. La [tabla 1](#) muestra los resultados de los usuarios de AP de España y el resto de países del estudio indicando el porcentaje de pacientes insatisfechos (muy insatisfechos o insatisfechos) según variables relacionadas con AP. Las explicaciones del médico de AP sobre pruebas y tratamientos, actividades y servicios de prevención de enfermedades ofrecidos en AP, así como pruebas diagnósticas ofrecidas en AP, muestran un mejor nivel de satisfacción en España que en los países EUPRIMECARE. Así mismo, solo el 3,02% de los pacientes residentes en España declaró sentirse insatisfecho con el servicio recibido en la