

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 López¹, 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 colaboradores¹, titulado «Fibromialgia: un diagnóstico cencienta», 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 varones². 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 años³. 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)⁴.

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