

frágiles e institucionalizados pueden presentar menos fracturas de cadera si se les administra la vitamina D con calcio; sin embargo, su efectividad en los pacientes de edad avanzada, que viven en la comunidad, no está clara, como tampoco lo está la dosis de vitamina D que sería eficaz.

No se puede responsabilizar solo al incumplimiento del fracaso terapéutico. Son muchos los factores involucrados. Recientemente Abrahamsen et al.⁵ publicaron los resultados de un estudio en el que se asocia el consumo prolongado de inhibidores de la bomba de protones (IBP) con la pérdida de eficacia de alendronato. En un país como España, a la cabeza de Europa en el consumo de IBP, es un factor adicional que se debe tener en cuenta. Además, el uso prolongado de bifosfonatos se ha relacionado con un incremento de las fracturas atípicas como refleja el estudio publicado por Park-Wyllie et al.⁶, lo que constituye, sin duda, otro motivo más para la reflexión.

Son muchos los factores etiológicos implicados en la fractura de cadera y el evidente fracaso en su prevención debe ser abordado de manera multidisciplinaria.

Bibliografía

1. Guerra García MM, Rodríguez Fernández B, Puga Sarmiento E, Charle Crespo A, Gomes Carvahlo C, Prejigueiro Santás A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria*. 2011;43:82-8.
2. Guerra García MM, Rodríguez Fernández B, Charle Crespo A, Puga Sarmiento E, Gomes Carvahlo C, Prejigueiro Santás A. Incidencia de la fractura de cadera en España en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención.

En: XVII Congreso Nacional y XI Internacional Medicina General y de Familia. Granada: SEMG; 2010.

3. Serra JA, Garrido G, Vidan M, Maranon E, Branas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna*. 2002;19:389-95.
4. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamina D y análogos para la prevención de fracturas asociadas con la osteoporosis senil y postmenopáusica [revisión Cochrane traducida]. En: Biblioteca Cochrane Plus Oxford: Update Software Ltd.; 2009, número 3. Disponible en: <http://www.update-software.com> [traducida de The Cochrane Library, 2009; Issue 2 Art no:CD000227. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].
5. Abrahamsen A, Eiken P, Eastel RL. Proton pump inhibitor use and the antifracture efficacy of alendronate. *Arch Intern Med*. 2011.doi:10.1001/archinternmed.2011.20.
6. Park-Wyllie L, Mamdani M, Juurlink D, Hawker G, Gunraj N, Austin P, et al. Use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women. *JAMA*. 2011;305:783-9.

María Mercedes Guerra-García^{a,*}, José Benito Rodríguez-Fernández^b, Elías Puga-Sarmiento^b y María Ángeles Charle-Crespo^b

^a *Farmacéutica de Atención Primaria, Centro de Saúde de Porriño, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

^b *Medicina de Familia, Centro de Saúde de Porriño, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

maria.mercedes.guerra.garcia@sergas.es

(M.M. Guerra-García).

doi:10.1016/j.aprim.2011.04.002

Puntualización de la respuesta estudiantil

Clarification of the student response

Sr. Director:

En respuesta al artículo de los doctores Alejandro Villena Ferrer et al¹ recientemente publicado, desearía mostrar mis felicitaciones a los autores por su artículo, así como realizar una serie de puntualizaciones en el uso que esta revista nos permite a todos.

Felicitarles por lo acertado de vuestra frase («No se puede elegir lo que no se conoce») ya que es real como la vida misma, cuando contactamos con los alumnos del pregrado de nuestra facultad. A todos se les viene a la cabeza centros de salud llenos de pacientes en los que el médico de familia se dedica más a temas de «papeles» que a situaciones clínicas. Es lo que ellos nos comentan, si bien también te dicen que no quieren ser en el futuro ese médico de familia mediocre de una serie que a todos se nos venía a la cabeza. Tenemos para elegir varios... que para nada ha mejorado nuestra situación.

Recordar a todos que parte de la inmovilidad vetusta que nuestras universidades (y en especial facultades de medicina) está por nosotros motivada. Revisen la cuantía de solicitantes de plazas vinculadas con la universidad (casi

siempre los mismos) y el porcentaje de médicos de familia que disponen de su grado de doctor universitario. Es francamente pobre, sin añadir el escaso interés que en el pregrado mostramos en general los médicos de familia. Pueden revisar el número de solicitantes de plazas docentes en atención primaria: paupérrimo.

Recalco la importancia de que tenga el alumnado una gratificante e estimulante estancia en las rotaciones que en atención primaria realicen. Es el mejor caldo de cultivo para inducir a la elección de nuestra especialidad.

Es algo digno de elogiar el «desinteresado interés» que muchos tenemos en la docencia pregrado y posgrado, dado que no se reconoce de forma económica en la mayoría del Estado y en otras tan solo se gratifica con reconocimientos en currículum y en méritos a algunas plazas. Por todos es sabido que la docencia implica un mayor esfuerzo y dedicación tanto de forma sincrónica como al finalizar la jornada laboral asistencial, sin que se reconozca de la forma e intensidad adecuada.

Entiendo que debe ser labor consensuada y colegiada de todas las sociedades de la medicina de atención primaria nacional solicitar y presionar para que exista una docencia real en todas nuestras facultades de Medicina en forma de asignatura obligatoria. No podemos entender en la realidad asistencial nacional mayoritaria que es la atención primaria de la Sanidad nacional, tenga que convivir con médicos

hospitalarios que no hayan tenido un periodo de formación básica en medicina de familia y una rotación complementaria en el mismo medio durante su periodo de formación especializada durante el MIR.

Bibliografía

1. Villena Ferrer A, Escobar Rabadán F, Téllez Lapeira JM. Acercar la Medicina de Familia al estudiante: una tarea de todos. *Aten Primaria*. 2010;42:447-8.

Manuel María Ortega Marlasca

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Telmo, Jerez de la Frontera, Cádiz
Correo electrónico: marlasca@makyyo.es

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.007

Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria

Hospital admission and continuity of medical care in patients over 75 years-old: the primary care point of view

Sr. Director:

La asistencia sanitaria es un proceso complejo, en el que intervienen diferentes agentes, centros y niveles asistenciales. Además, los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez más edad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas¹, y estas características de salud han condicionado que entre las expectativas de mayor relevancia para los pacientes, se indiquen la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados^{2,3}. En los pacientes de edad avanzada, el paso del hospital a la comunidad es especialmente complejo. Con el objeto de describir la percepción que tienen los profesionales de Atención Primaria (AP) sobre las barreras en el proceso de continuidad asistencial en personas mayores de 75 años tras un ingreso hospitalario, así como las oportunidades de mejora para favorecer dicha continuidad asistencial, realizamos un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en el periodo de enero a mayo de 2009. El trabajo se realizó en centros de AP del área 3 de la Comunidad de Madrid.

Se realizó un muestreo estructural en función de las variables que influyen en el discurso realizando 8 entrevistas, a 4 profesionales de medicina y 4 de enfermería. Las conversaciones se grabaron en audio y se transcribieron literalmente (tabla 1). El análisis de tipo descriptivo se realizó por 2 investigadoras, buscando la concordancia entre ambas.

La comunicación entre AP y Atención Especializada (AE) tras un ingreso no existe de manera institucionalizada. Esta información llega de manera informal (familiares o vecinos) a los servicios de AP, o cuando el profesional de AP, de manera personal, consulta el visor si el paciente no

acude a citas programadas. Los profesionales de AP consideran que esta falta de comunicación y coordinación con AE es la principal barrera para la continuidad asistencial, ya que produce que las primeras consultas en AP sean ineficaces. Cuando el paciente acude al centro de salud tras un ingreso, en AP no se tiene información sobre el proceso en el hospital, y las primeras consultas son poco «efectivas», ya que se producen cambios (por ejemplo, nuevos tratamientos) de los que nos tienen información. También impide la planificación de las consultas en domicilio, al no conocer los tiempos de ingreso y alta. Los sistemas de información comunes a ambos servicios de salud serían una oportunidad, pero también destacan reforzar el papel de AP, que se lograría con más tiempo para la consulta y seguimiento, realizando educación para la salud centrada en pacientes mayores y fomentando las intervenciones a domicilio.

La falta de comunicación entre AP y AE es una barrera clave para la calidad asistencial, y es un hecho problemático para los profesionales de AP como indican estudios anteriores^{4,5}. Además, un hecho especialmente relevante para los profesionales de AP en la atención de pacientes mayores de 75 años sería fomentar los servicios de geriatría, ya que actualmente la visión desde el hospital es de una enfermedad puntual y en este grupo etario es esencial realizar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora. Para conseguir una atención integral y de calidad para mayores de 75 años, es clave fomentar medidas de comunicación entre AP y AE desde una perspectiva multifactorial (sistemas de información y gestión del paciente, asistencia centrada en mayores)⁶.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado con una subvención de investigación del Instituto de Salud Carlos III (dentro del proyecto titulado «Desarrollo de un modelo predictivo para identificar reingresos hospitalarios en pacientes mayores de 75 años», con referencia PI06/90244).