



Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Miembro de:



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

sumario

Evaluación de una estrategia combinada dirigida a profesionales y pacientes con EPOC
Registro continuo ambulatorio de la glucemia
VII Becas de la REAP
Para "deficit sanitario", el de los centros de salud



Acto de entrega de las VI Becas REAP para la investigación en atención primaria

Raimundo Pastor Sánchez

Secretario de la REAP

El sábado 28 de mayo de 2005, a las 13:00 horas, tuvo lugar en el auditorio del Palacio de Congresos Europa de Vitoria (Álava) el acto de entrega de las VI Becas a la investigación en atención primaria de la Red Española de Atención Primaria; durante las X Jornadas Científicas de la REAP, celebradas los días 27 y 28 de mayo.

Las comisiones evaluadoras (técnica, científica, institucional y ética) de las VI Becas REAP, tras estudiar los 80 proyectos de investigación presentados, decidieron conceder ayuda económica a los estudios científicos titulados:

- "Registro continuo ambulatorio de la glucemia en sujetos de alto riesgo para la diabetes tipo 2 (Proyecto RECORD)"; presentado por el equipo de médicos compuesto por D. Bernardo Costa Pinel (investigador principal), D. Joan Boj Casajoana, D. Joan Josep Cabré Vila, D. Mariano Carulla Aresté, Dña. Concepción Castell Abat, Dña. Cruz María Fuentes Bellido, D. Josep Maria Hernández Anguera, Dña. Ana Martín Lorente, D. Josep Lluís Piñol Moreso, D. Jesús Vizcaíno Marín, D. Francesc Barrio Torrell, D. Francisco Martín Luján y D. Josep Basora Gallisá.
- "Evaluación de una estrategia combinada dirigida a profesionales y pacientes con EPOC (feedback información clínica, formación y

educación sanitaria) para mejorar el control clínico y la calidad de vida", presentado por el equipo de médicos y enfermeros compuesto por D. Carles Valero García (investigador principal), Dña. María Llagostera Español, D. Xavier Bayona Huguet, Dña. Sílvia Granollers Mercader, Dña. Mónica Monteagudo Zaragoza, Dña. Aurora Céspedes Lamarca, Dña. Glòria Pujol Ribó, D. Juan José Ferro Rivera, Dña. María Soler Cera, D. Mateo Acedo Anta, D. José Maldonado Díaz de Losada, Dña. Luisa Rodríguez Latre y D. Pere Josep Simonet Aineto.

En la fotografía aparecen (de izquierda a derecha): D. Francisco Abal Ferrer (Coordinador de las Becas REAP), D. Manuel Martín (Director General de la Fundación AstraZeneca), D. Bernardo Costa Pinel (médico de familia en Reus, Tarragona), D. Carles Valero García (médico de familia en Cornellá de Llobregat, Barcelona) y D. Luis Palomo Cobos (Presidente de la REAP).

En el mismo acto se convocaron las VII Becas REAP para investigación en atención primaria, cuyo plazo de presentación de proyectos se cierra el 17 de diciembre de 2005 y a la que podrán acceder los licenciados en medicina y cirugía o en farmacia, y los diplomados en enfermería que cumplan los requisitos establecidos en las bases de la convocatoria.



Evaluación de una estrategia combinada dirigida a profesionales y pacientes con EPOC (feed-back de información clínica, formación y educación sanitaria) para mejorar el control clínico y la calidad de vida

Equipo investigador: **Carles Valero, María Llagostera, Xavier Bayona, Sílvia Granollers, Mónica Monteagudo, Aurora Céspedes, Glòria Pujol, Juan José Ferro, María Soler, Mateo Acedo, José Maldonado, Luisa Rodríguez, Pere Josep Simonet.**

Servicio de Atención Primaria "Baix Llobregat Centre". Instituto Catalán de la Salud (ICS). Ámbito de Atención Primaria de "Costa de Ponent".

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema de salud muy prevalente, 9% en población de 40 a 70 años y un 20% en la población de 65 o más años. Representa la tercera causa de mortalidad y consume una gran cantidad de recursos asistenciales y presupuestarios.

En nuestro país, es una patología infradiagnosticada (sólo un 25% se diagnostica y trata de forma correcta) y genera una gran demanda de asistencia médica, tanto a nivel de la Atención Primaria (AP) (10-12% de las consultas), como de la especializada (35-40% consultas). Es la responsable del 7% de los ingresos hospitalarios, del 35% de las incapacidades laborales permanentes.

El tabaquismo es el factor causante más conocido de la enfermedad, hábito de prevalencia alta y creciente (34,4% de la población general, según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2001) y el 80% de los EPOC. Su abandono es la única medida que puede modificar su evolución.

La excelencia en el abordaje de la EPOC según la guía Global Obstructive Lung Disease (GOLD) incluye la prevención, el diagnóstico, el tratamiento farmacológico y no farmacológico y la educación sanitaria (tratamiento del tabaquismo, ejercicio, alimentación), la rehabilitación y la coordinación entre la AP y los recursos asistenciales que nos dan soporte (atención especializada y hospitalización).

En la práctica real los profesionales, dado que pueden existir múltiples combinaciones de conductas a seguir, y que los profesionales toman decisiones constantemente, se generan situaciones de gran variabilidad. A fin de estandarizar las actuaciones, las Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden resultar útiles, siempre que sean correctamente elaboradas, difundidas e implementadas.

Este proyecto analiza si la utilización de una estrategia combinada, dirigida a todos los profesionales sanitarios que engloba un feed-back informativo individual sobre la situación de salud de los pacientes, un plan de formación basado en una GPC, sobre su manejo, y la potenciación de la educación sanitaria en la consulta de AP, mejora el grado de control y la calidad de vida en estos pacientes.

Para ello se diseñó un estudio quasi-experimental, multicéntrico. Su emplazamiento es la AP. Se seleccionan 9 centros control y 9 centros intervención del Ámbito de

Costa de Ponent. En una primera fase se realizará la recogida de datos de las historias clínicas y de una entrevista que se realiza al paciente, en la cual se recogerán, entre otras variables, la calidad de vida (St George's Respiratory Questionnaire) la valoración de los estilos de vida, la disnea (escala modificada del Medical Research Council) y la adherencia al tratamiento. A continuación se realizará la intervención a los profesionales (feed-back informativo, curso de formación en la GPC, entrevista motivacional, tratamiento del tabaquismo, uso de inhaladores, alimentación, ejercicio físico y fisioterapia) y estos iniciaran la intervención sanitaria en los pacientes. Se realiza a los 6 meses un seguimiento sobre los estilos de vida y adhesión al tratamiento, y a los 12 meses se realizará la evaluación completa.

Este proyecto, pretende facilitar que los profesionales sanitarios incorporen a su praxis diaria algunos instrumentos útiles en la valoración y manejo clínico de los pacientes EPOC (escala de disnea, cuestionario de calidad de vida...) que hasta ahora no se utilizaban habitualmente. Además pretende mantener la formación continuada y actualizada sobre la EPOC e implementar de forma homogénea y potenciar en los equipos de AP la deshabituación tabáquica, el manejo del cumplimiento terapéutico, del ejercicio físico y la fisioterapia respiratoria. Con ello pretendemos, y es el principal objetivo del trabajo, que los pacientes diagnosticados de esta enfermedad crónica e irreversible y sus familias puedan beneficiarse de todos aquellos recursos e instrumentos de los que dispone la medicina actualmente, para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Desarrollo actual del trabajo: La primera parte del proyecto que presentamos esta finalizada: las auditorías y entrevistas en el grupo intervención. También se han entregado la información sanitaria (feed-back informativo) de los pacientes en estudio a los profesionales sanitarios y se ha realizado el curso de formación a los profesionales del grupo intervención. Con la beca de la Red Española de Atención Primaria se podrán realizar las auditorías y las entrevistas en los pacientes del grupo control y el seguimiento a los 6 meses, a través de llamada telefónica. Restara para completar el estudio la recogida de datos (historia/entrevista) a todos los pacientes una vez transcurridos 12 meses de la intervención.

Registro continuo ambulatorio de la glucemia en sujetos de alto riesgo para la diabetes tipo 2 (Proyecto RECORD)

Bernardo Costa, en nombre del Grupo Record

Grupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Ámbito de Atención Primaria. Tarragona-Terres de l'Ebre.

El diagnóstico de las alteraciones del metabolismo glucídico requiere necesariamente medir la glucemia plasmática, en ayunas o a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Como la glucemia es una variable continua y oscilante, la OMS también admite el diagnóstico mediante mediciones al azar, en cualquier momento del día. En la práctica, esta vía diagnóstica se emplea poco y no está bien documentada. El registro continuo de la glucemia (RCG) se basa en el uso de un biosensor subcutáneo y permite su medida fisiológica en la rutina del individuo. Con fines de investigación, su uso en sujetos con prediabetes tipo 2 podría expresar hiperglucemia no reconocida. El proyecto explora esta hipótesis y aportará datos inéditos sobre el RCG en sujetos de alto riesgo pero todavía libres de diabetes, al menos según las pruebas convencionales.

El objetivo del estudio Record es evaluar si el RCG es viable y útil para contrastar el diagnóstico y analizar la evolución glucémica durante la prediabetes tipo 2. Es un protocolo observacional, multicéntrico, transversal (fase 1) y posteriormente longitudinal de seguimiento de cohortes (fase 2). Su emplazamiento, la atención primaria de salud (5 centros en Reus, Tarragona y Falset). Un grupo de 84 sujetos con evidencia previa de hiperglucemia no diabética es incluido si una PTOG actual descarta la enfermedad. Se efectúa un primer RCG (Glucoday®) calibrando el biosensor con la glucemia venosa a la búsqueda de los perfiles glucémicos continuos. Se establecen 2 cohortes de seguimiento: PTOG

normal (n=42) y prediabética (n=42). A los 12 y 24 meses se reclasifica el diagnóstico practicando además sendos RCG. Las mediciones incluyen datos demográficos, clínicos, analíticos básicos y avanzados (marcadores de inflamación como PCR e ILK-6, insulinemia, péptido-C). El análisis informático compara los registros durante el período basal (6-8 AM) y no basal con los intervalos diagnósticos convencionales (OMS) revisando la concordancia. Es probable que ciertos indicadores del RCG (área bajo la curva del perfil y otros) puedan tener valor predictivo sobre la incidencia de diabetes o la regresión a la normalidad en las cohortes establecidas. Finalmente, se evalúa la aceptación y satisfacción del usuario con el RCG mediante un cuestionario estructurado de tipo Likert.

El proyecto Record ofrece un contrapunto diagnóstico evolutivo entre PTOG estándar y RCG, más fisiológico y basado en un criterio infrutilizado, la glucemia al azar. El trabajo de campo se desarrolla desde Septiembre de 2004 gracias a una ayuda de l'Associació Catalana de Diabetis y podrá proseguir gracias a la beca de la Red Española de Atención Primaria. Tan sólo con el examen preliminar de los primeros 50 casos incluidos y monitorizados se intuye que esta técnica, aún no evaluada en atención primaria, podría aportar datos de indudable interés científico ampliando el conocimiento sobre la prediabetes tipo 2. No se descarta que los resultados obtenidos puedan tener ciertas implicaciones sobre los programas de prevención primaria de la diabetes en atención primaria de salud.



VII Becas para la investigación

Se abre la convocatoria para la presentación de trabajos que quieran optar a una ayuda por parte de la REAP. La cuantía de las becas será de hasta 6.000 euros para el / los proyectos de investigación aceptados. La adjudicación de dichas ayudas está sujeta a las siguientes bases:

1. Los temas de investigación de los trabajos que quieran optar a las ayudas versarán exclusivamente sobre Atención Primaria en España.
2. El investigador principal, y la mayoría de los miembros del equipo investigador, deben trabajar activamente en Atención Primaria en España. Se valorará muy positivamente que el estudio sea multidisciplinar, es decir, que participen profesionales de diferentes ramas sanitarias: Medicina, Farmacia, Enfermería, etc.
3. La cuantía de las becas será única por proyecto; y el grupo investigador se comprometerá a realizar el trabajo en un período máximo de dos años, contados a partir de la fecha de concesión de la beca.
4. Los investigadores que quieran acceder a estas ayudas, presentarán una memoria en castellano del proyecto de investigación al Comité Científico, en el que constará la información solicitada según el formulario adjunto obligatorio.
5. Las memorias de los proyectos de investigación se enviarán, en un único fichero en formato Word de un tamaño menor de 1 MB, al correo electrónico de la Secretaría de la REAP: secretario@reap.es. La comunicación entre los solicitantes y la Secretaría será siempre por correo electrónico.
6. Los investigadores se comprometerán a que una vez finalizado el trabajo, se presente en las Jornadas de la REAP.
7. Los investigadores se comprometerán a que el trabajo, para el que se solicita la ayuda de la REAP, se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito nacional como internacional.
8. Los autores del proyecto que ha sido financiado deberán hacer mención expresa de la ayuda recibida por parte de la REAP al difundir el trabajo, y asimismo enviarán una separata a la Secretaría de la REAP para su archivo.
9. La evaluación de los trabajos de investigación la realizará un Comité Científico, que siempre estará formado por miembros de las diferentes ramas que componen la REAP, y cuyo fallo será inapelable.
10. Ningún miembro del Comité Científico participará ni como investigador, ni como ayudante, ni como asesor en ningún trabajo que se presente al Comité para pedir financiación.
11. La fecha límite para el envío de los proyectos de investigación será 17 de diciembre de 2005.
12. La participación en esta convocatoria supone la aceptación de sus bases.



de la REAP en Atención Primaria

Formulario obligatorio para la presentación del proyecto de investigación

1. Título e investigador de contacto: (1 página)

- Título corto y orientativo del tema de investigación, puede ser provisional
- Datos personales del investigador principal: nombre, calificación profesional, lugar de trabajo
- Dirección de contacto: correo postal, correo electrónico, teléfono y fax.

2. Justificación de la importancia del estudio: (máximo 2 páginas)

- Antecedentes y situación actual del tema
- Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados esperados.

3. Objetivos: (1 página)

- Pregunta de investigación
- Hipótesis (si la precisa)
- Objetivos: principal y secundarios.

4. Material y métodos: (máximo 5 páginas)

- Tipo de estudio
- Materiales y/o técnicas utilizadas
- Pacientes estudiados: muestra, población diana, criterios de inclusión y exclusión
- Variables estudiadas: definición, recogida de datos
- Plan de trabajo: cronograma (calendario del proyecto), distribución de actividades
- Pruebas estadísticas utilizadas
- Limitaciones y posibles sesgos del estudio.

5. Hojas de recogida de datos

6. Resumen del estudio piloto previo (1 página)

7. Bibliografía: (máximo 2 páginas)

- Básica, incluyendo la más importante y actualizada, según las normas de Vancouver.

8. Presupuesto económico: (1 página)

- Importe de los gastos previstos, distribuidos por partidas, para el proyecto de investigación
- Declaración de otras fuentes de financiación recibidas o solicitadas para el estudio.

9. Consideraciones éticas: (1 página)

- ¿Garantizan la participación voluntaria e informada?
- ¿Aseguran la confidencialidad de los datos?
- ¿Hay riesgos o beneficios físicos, psíquicos, sociales o legales para los sujetos a estudiar?
- Al finalizar el estudio, ¿se informa de los resultados a los participantes para su beneficio?.

10. Currículum vitae de los investigadores (máximo 1 página por persona)

11. Anexos, si son precisos: (no incluir las escalas o tablas de evaluación comúnmente conocidas)

- Normas para los investigadores
- Información para los pacientes.

Para "déficit sanitario", el de los centros de salud. Plataforma 10 minutos

Forman parte de la Plataforma 10 minutos las principales organizaciones profesionales y científicas del sector.

Suscriben este artículo las siguientes organizaciones que representan a la práctica totalidad de los médicos de los centros de salud de España: la SEMG, la SEMFYC, la SEMERGEN, la SEPEAP, la AEPAP, la REAP, la FADSP, el Equipo CESCA, el Instituto @p.COM, la USCAL y la CLI.

Pese a las plenas competencias autonómicas, nuestra sanidad pública se sigue gestionando más política que profesionalmente pues la rentabilidad en votos se antepone a la rentabilidad en salud. Los políticos de cualquier signo avivan el fuego del "más por menos" entre los ciudadanos manteniéndoles inconscientes de que, cuando los recursos son limitados, no se puede tener "todo para todos gratis y de máxima calidad" y que, por ello, se deben priorizar las prestaciones. En caso contrario, los riesgos de inequidad ("todo no llega a todos") y el de mal servicio ("no todo de máxima calidad") se hacen realidad. Y es que la sanidad se sigue utilizando como arma arrojadiza en la refriega partidista de bajo y alto nivel lo que impide un abordaje riguroso de los problemas (véase el espectáculo del Consejo Interterritorial durante los últimos años y el del actual "debate" sobre el "déficit sanitario"). Mucho se habla estos días de "déficit sanitario". Parece que las Comunidades Autónomas no alcanzan a financiar su sanidad y reclaman, por ello, más fondos al Estado. Pero una cuestión planea sobre este asunto: ¿destina España los recursos adecuados a sanidad?. Es decir, ese "déficit sanitario" ¿se sustenta cuando comparamos el gasto sanitario español con el de los países europeos desarrollados teniendo en cuenta el nivel de renta?. En dólares ajustados por paridad de poder de compra (\$PPC), y según la OCDE, el gasto sanitario total español es, desde 2000, inferior al de Portugal y Grecia. Esta primera y simple aproximación no sugiere que gastemos en sanidad lo que nos corresponde por renta.

Más de 25 años gastando poco en sanidad pública

Según la OCDE, en 2002 nuestra renta per cápita alcanzó el 78% del promedio de la UE-15 pero nuestro gasto sanitario público llegó al 67% de la media. Respecto a la Europa comunitaria, ese año gastamos en sanidad pública 11 puntos por debajo de nuestra renta. Respecto al grupo de los 22 países europeos de la OCDE la diferencia fue de 13 puntos. Comparados, pues, con la Europa desarrollada llevamos, al menos, más de un cuarto de siglo gastando en sanidad pública entre 7 y 16 puntos por debajo de lo que nos hubiera permitido nuestra renta. No es extraño, pues, oír hablar de "déficit sanitario".

Sobrepeso del gasto privado sanitario respecto a Europa

Además, nuestro gasto sanitario público respecto al total sanitario (público y privado) es inferior a los promedios europeos (en 2003, 71% para España, 75% para la UE-15 y 76% para Europa OCDE-22). Este sobrepeso del gasto sanitario privado español respecto a Europa se detecta importante desde principios de los 90. Por otro lado, en 2002, nuestro gasto sanitario privado per cápita en \$PPC fue 8 puntos superior a nuestra renta comparada España con la UE-15, y 7 puntos superior al compararnos con la Europa de la OCDE. En relación con la Europa desarrollada, nuestro gasto sanitario privado per cápita supera a nuestra renta desde hace más de 10 años. Por lo tanto, el español medio, para su nivel

de renta, hace un esfuerzo mayor en gasto sanitario privado que el europeo medio. Especialmente en gasto privado ambulatorio, que se sitúa muy por encima de la media europea. Sin embargo, el gasto hospitalario privado español es muy inferior al promedio europeo. ¿Por qué ocurre esto? Veamos.

El "déficit sanitario" no afecta por igual a toda nuestra sanidad pública

Cuando desagregamos el gasto sanitario público en sus tres grandes componentes (hospital, fármacos y atención ambulatoria) vemos que, comparados con Europa, 1/ nuestro gasto hospitalario público per cápita se ajusta a nuestro nivel de renta desde 1995, 2/ nuestro gasto farmacéutico público per cápita supera entre 30 y 20 puntos nuestro nivel de renta desde hace más de 20 años, y 3/ nuestro gasto sanitario ambulatorio público es, desde 1985, inferior entre 20 y 35 puntos a nuestro nivel de renta. La parte ambulatoria de nuestra sanidad, nuestra atención primaria, es el único sector del sistema que se presupuesta, en relación con Europa, muy por debajo de nuestro nivel de renta. Pero eso no es todo. En términos de gasto sobre el PIB, los tres componentes muestran un comportamiento bien distinto: 1/nuestro gasto hospitalario público se encuentra en la media europea desde principios de los 90, 2/nuestro gasto público en medicamentos supera entre 35 y 20 puntos el promedio europeo desde 1990, y 3/ nuestro gasto público en atención ambulatoria no ha hecho otra cosa que descender respecto a Europa desde 1985, situándose entre 25 y 45 puntos por debajo.

Centros de salud con mucho discurso político y sustrato legislativo pero con poco dinero

A principios de los 80 se inició en España la llamada "reforma de la atención primaria". En 1984 se publica el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, punto de arranque de la reforma. Por entonces, y sin que falten motivos para ello, a nuestra atención ambulatoria se la quiere reformar para mejorarla, dignificarla y alinear el servicio con las expectativas de los ciudadanos. Y empiezan a crearse centros de salud. La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS-UNICEF) celebrada en Alma-Ata en 1978 inspira parcialmente el discurso. Tan es así, que a esos centros de salud se les pretende convertir en "el eje del sistema sanitario". En 1978 se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la que deberán tener los médicos que trabajen en los futuros centros de salud junto con los pediatras. Al nuevo médico de familia también se le quiere transformar en "figura fundamental" del sistema. Estos eran los propósitos. El discurso político, inspirado en Alma-Ata, se traslada al sustrato legislativo que impulsa la reforma, y que la Ley General de Sanidad de 1986 vendría luego a confirmar. El papel central de la atención primaria también se manifiesta más recientemente en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, que afirma que la atención primaria "garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos". Una reforma como la de 1984 necesitaba no sólo discurso político y sustrato legal, también necesitaba dinero. Unos propósitos como los declarados entonces y ahora explicarían, en buena lógica, que nuestro ámbito sanitario ambulatorio público se hubiera aproximado, desde la perspectiva de los recursos comprometidos, al promedio de los países europeos más desarrollados, precisamente desde el inicio de la reforma o durante los años siguientes. Pero la realidad, como vemos, ha sido bien distinta.

El "déficit sanitario" económico de nuestros centros de salud, una decisión política.

El "déficit sanitario" económico español respecto a Europa se ha cebado casi exclusivamente en nuestra atención primaria. Su abandono presupuestario es patente: la parte ambulatoria del gasto sanitario público (20,4% en 1985) se ha reducido y lleva estancada desde los primeros 90 en un más que insuficiente 15%. Teniendo en cuenta los propósitos de la reforma de 1984 sorprende que la misma haya sido insuficiente para aproximar, lo más mínimo, nuestro gasto ambulatorio público al promedio europeo. Seguimos con el mismo retraso respecto a Europa que en 1984 (en términos per cápita). Con mayor retraso, para nuestra desesperación, si comparamos con Europa nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB o como

parte del gasto sanitario público. Esta distribución de fondos en nuestra sanidad pública no es por azar, sino la expresión de una firme decisión política, tan firme como equivocada, mantenida por los diferentes gobiernos (estatales y regionales) desde 1984 hasta hoy. Esta decisión política prefiere la atención especializada a la primaria. Los discursos políticos reiteradamente proclamados al viento electoral durante las dos últimas décadas anunciaban una reforma (la de la primaria) pero, finalmente, los presupuestos han desvelado su verdad: la reforma real, la que cuenta y suena, se ha producido en otras partes del sistema. El gasto hospitalario y el farmacéutico públicos son "europeos" desde la perspectiva presupuestaria. Sin embargo, desde esta misma perspectiva, y comparada con Europa, a nuestra atención primaria se le detuvo el tiempo en 1984. Una decisión política producto de una visión equivocada de lo que debe ser un sistema sanitario efectivo, eficiente, equitativo y humano. Sin una buena y potente atención primaria no es posible una sanidad así. Los políticos se centran más en la enfermedad y curación que en la salud y prevención: vende más un trasplante cardíaco que la prevención de un infarto, es más llamativo y vistoso sofocar un incendio que evitarlo. Y así nos va con los incendios y con los infartos.

Otros "déficits sanitarios" en nuestros centros de salud

No queremos terminar sin señalar otros dos "déficits sanitarios" de nuestra atención primaria: el profesional y el organizativo. El profesional, responsable de la sangría migratoria de médicos de atención primaria que marchan a otros países europeos donde encuentran lo que aquí no: trabajo estable y reconocimiento social y económico. Estamos todavía lejos de tener, como recomiendan los expertos, un 50% de los médicos de la sanidad pública trabajando en los centros de salud. A pesar de ello, nuestros profesionales, especialistas cualificados, literalmente emigran porque aquí no se les contrata. El organizativo, responsable (junto con el "déficit" económico y profesional) de la cada vez mayor desesperanza instalada entre los profesionales. La función organizativa, a pesar del mandato legal, no ha sido capaz de situar la atención primaria como "eje del sistema sanitario" ni al médico de familia como su "figura fundamental". Por ello, no tenemos una atención primaria que, como manda la ley, garantice "la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos". Pensamos que tenemos una atención primaria que vale mucho más que lo que cuesta y podría valer mucho más. Por ello, los médicos generales, de familia y pediatras de los centros de salud nos unimos para exigir que se cumpla la ley respecto al papel central de la atención primaria dentro de nuestra sanidad y se inyecten suficientes recursos a los centros de salud. Quizá, una cosa no sea posible sin la otra.

DOLMEN

El analgésico,
antitérmico y
antiinflamatorio de
alto rendimiento



Un clásico de confianza financiable por la Seguridad Social

COMPOSICIÓN. Composición por comprimido efervescente: ácido acetilsalicílico, 500 mg; codeína fosfato (hemihidrato), 10 mg; ácido ascórbico (DCI) (Vitamina C), 250 mg; Excipientes: ácido cítrico anhidro, benzoato de sodio E211, bicarbonato sódico, citrato monosódico anhidro, naranja nuclearoma 32N-1, povidona K-30, sacarina sódica. **INDICACIONES.** Tratamiento o alivio sintomático del dolor (dolores de cabeza, dentales, menstruales). Tratamiento de la fiebre. (En todas estas indicaciones la administración del preparado está supeditada a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse la medicación). Tratamiento de la inflamación no reumática (dolor músculoesquelético, lesiones deportivas, bursitis, capsulitis, tendinitis y tenosinovitis aguda no específica). Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, osteoartritis y fiebre reumática. En base a su efecto antiagregante plaquetario está indicado en la profilaxis de: infarto o reinfarcto de miocardio en pacientes con historia previa del mismo o con angina de pecho inestable. Prevención de la oclusión del by-pass aortocoronario. Tromboembolismo post-operatorio en pacientes con prótesis vasculares biológicas o shunts arteriovenosos. Tromboflebitis, flebotrombosis y riesgo de trombosis arteriales. Tratamiento de los ataques isquémicos transitorios en varones con isquemia cerebral transitoria para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Estas indicaciones requieren siempre un control médico. **POSOLÓGIA.** Dosis media recomendada: Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 4 ó 6 horas. Niños de 6 a 12 años: 1/2 a 3/4 de comprimido por toma. Niños de 4 a 6 años: 1/4 a 1/2 comprimido por toma. Niños de 2 a 4 años: 1/4 de comprimido por toma. En niños, hasta un máximo de 4 tomas en 24 horas. La administración del preparado está supeditada a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse esta medicación. **CONTRAINDICACIONES.** Úlcera gastroduodenal, gastritis. Hipersensibilidad a salicilatos. Hemofilia o problemas de coagulación sanguínea. Terapia conjunta con anticoagulantes orales. Insuficiencia renal y/o hepática. No administrar durante los últimos tres meses de embarazo, ya que puede prolongar el parto y aumentar el riesgo de hemorragia. **PRECAUCIONES.** En caso de administración continuada, prevenir al médico u odontólogo ante posibles intervenciones quirúrgicas. No administrar sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones. Se excreta con la leche materna. Atraviesa la barrera placentaria. En condiciones normales no es preciso administrar durante el embarazo dosis superiores a 100 mg de vitamina C al día y en cualquier caso, siempre por indicación del médico. Aunque no hay evidencia de efectos perjudiciales, no se ha establecido la seguridad fetal cuando se administra a dosis altas. En diabéticos, por su contenido en vitamina C, pueden producirse resultados erróneos en la determinación de glucosa en orina, incluyendo las pruebas por tiras reactivas. Administrar con precaución en pacientes debilitados, ancianos, o con lesiones intracraneales, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, hipertrofia prostática, asma y otras enfermedades obstructivas pulmonares. Debe tenerse precaución al conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa y en general, en aquellas actividades donde la falta de atención suponga un riesgo. **INTERACCIONES.** Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antihipertensivos. Puede potenciar el efecto de los antiácidos, antipsicóticos, antihistamínicos y alcohol. La utilización de antidepresores tricíclicos o IMAO junto con codeína puede ocasionar un aumento de los efectos de ambos. **ADVERTENCIAS:** Uso en deportistas: Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje como positivo. **Advertencia sobre excipientes:** Este medicamento por contener 102 mg/comprimido efervescente de benzoato de sodio puede irritar ligeramente los ojos, la piel y las mucosas y aumentar el riesgo de coloración amarillenta de la piel (ictericia) en recién nacidos. **REACCIONES ADVERSAS.** Irritación gastrointestinal. Erupciones cutáneas. Dificultad respiratoria. Somnolencia. Vértigos. Hepatitis por salicilatos después de administrar dosis terapéuticas a pacientes con artritis reumatoide. La ingestión del ácido acetilsalicílico, entre otros factores, se ha relacionado con el Síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Es por ello que se recomienda consultar con su médico antes de administración a niños y adolescentes en casos de procesos febriles, gripe o varicela. Si se presentan vómitos o letargo debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO.** La sintomatología de sobredosis incluye cefalea, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. El tratamiento es sintomático, incluyendo: emesis provocada, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodilísis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o ingestión accidental consultar con el Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91.562.0420. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA4.** DOLMEN, envase de 10 comprimidos efervescentes, 1,77 €; envase de 20 comprimidos efervescentes, 2,60 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. J. Uriach & Cía. S.A. Pol. Ind. Riera de Caldes. Avda. Camí Reial 51-57. 08184 Palau-solità i Plegamans (Barcelona).



Grupo Uriach

www.uriach.com

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Junta directiva

Presidente: Luis Miguel Palomo Cobos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

notas de la redacción

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considereis oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014 BILBAO - BIZKAIA • E-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net

Depósito legal: BI-2573-92 / Diseño: DOS MEDIA / Imprime: Vascograf