

Eficiencia de la vacunación antigripal: ¿están organizados los centros de salud para incrementar las coberturas vacunales?

Sr. Director: La vacunación antigripal en ancianos y grupos de riesgo se asocia con una reducción de hospitalizaciones y muertes durante la temporada gripal, y con ahorros directos en los costes sociosanitarios. Pocas intervenciones preventivas o terapéuticas para adultos, si es que hay alguna, alcanzan estos beneficios¹. Aunque la mayoría de los países europeos tienen guías para la vacunación, las vacunas continúan infrautilizadas en la práctica clínica debido principalmente a una escasa organización². Esta vacunación depende mucho de las actitudes y creencias de los pacientes, pero también de las de los médicos y, finalmente, de las medidas organizativas o implementadoras de los servicios sanitarios, y de su accesibilidad.

Durante la campaña vacunal de 2001-2002 en el Área 19 de la Comunidad Valenciana (donde creamos un registro informatizado de vacunación hace años), la tasa de vacunación de ancianos (≥ 65 años) fue del 50,9%. Un 77,6% del total de las vacunas se administró en el primer mes, y llegó al 91,6% a la sexta semana. Un 72,1% de los vacunados ese año también se vacunaron en años anteriores y no precisaron una consulta médica para revacunarse, lo que facilitó al médico la captación selectiva de nuevos pacientes de riesgo. Pero... ¿realmente se hizo así? Datos de 2 centros de salud informatizados del área muestran que de los pacientes ancianos en programas de salud de crónicos, el 51,8% no se vacunaron ni consta que, se les ofreciese, a pesar de que el 97,4% de ellos acudieron a sus centros durante la campaña de vacunación una media de 3,2 veces (tanto al médico como a consulta de enfermería). Su interpretación es que vacunamos a demanda, descubriendo problemas de inequidad e ineficiencia. Entonces... ¿en qué consiste nuestra orga-

Palabras clave: Vacunación antigripal. Eficiencia. Organización sanitaria.

nización para vacunar? En los aspectos clínico-preventivos, casi no existe: son raros los registros informatizados de vacunación que ofrezcan información personalizada por médico (como el nuestro), que incluyan registros de grupos de riesgo y, más raro aún, que se realicen intervenciones para vacunar a estos grupos. Sin embargo, los mejores resultados de implementación de las tasas de vacunación se han obtenido utilizando programas de este tipo, y mediante intervenciones multifactoriales adaptadas a cada profesional. En España hay pocas publicaciones que analicen estos aspectos³⁻⁵. No obstante, creemos posible mejorar: proponemos comenzar creando un registro informatizado que permita la revacunación controlada tras la primera indicación médica, organizar al personal de enfermería para vacunar sin barreras a demanda en las primeras 4 o 6 semanas de campaña (mejorar accesibilidad), vacunación oportunista a grupos de riesgo en consultas de enfermería (mejorar eficiencia), y posteriormente diseñar intervenciones personalizadas dirigidas a personal y/o grupos de pacientes de riesgo.

H. Schwarz Chavarri^a, M.A. Pastor Climent^b, V. Pedrera Carbonell^c y D. Orozco Beltrán^d

^aMédico de Familia. Unidad de Calidad y Formación. Dirección de Atención Primaria Área 18. Alicante. España. ^bMédico Atención Primaria. Unidad de Investigación y Docencia. Dirección Atención Primaria Área 19. Elche. Alicante. España. ^cMédico de Familia. Director Atención Primaria Área 17. Elda. Alicante. España. ^dMédico de Familia. Unidad de Investigación y Docencia. Dirección de Atención Primaria Área 17. Elda. Alicante. España. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández San Juan. Alicante. España.

1. Nichol KL, Margolis KL, Wuoremmna J, Von Sternberg T. Effectiveness of influenza vaccine in the elderly. *Gerontology* 1996;42:274-9.
2. Nguyen-Van-Tam JS, Neal KR. Clinical effectiveness, policies, and practices for influenza and pneumococcal vaccines. *Semir Respir Infect* 1999;14:184-95.
3. Puig-Barberá J, Ors Zarzoso P, Vilches Peña C, Lloria Paes F. Impacto de distintas estrategias en las tasas de vacunación antigripal en ancianos. *Aten Primaria* 1999;6:339-45.

4. Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Vázquez Fernández LA, Casado Górriz I, Fernández Bernárdez MA, Sobrado Palomares JR. La citación personalizada como método de captación para la vacunación antigripal en ancianos. *Aten Primaria* 1999;4:220-3.
5. Palazón Ferrer G, Schwarz Chavarri H, Agulló Gómis MJ, Mira Castejón L, Pastor Climent MA. Gripe: los más necesitados, los menos vacunados. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 1):162.

Problemática en el abordaje de la fibromialgia

Sr. Director: La atención del enfermo con dolor osteoarticular, generalizado, crónico e inespecífico (DOAGCI), o con fibromialgia (FM), no es de fácil abordaje, tanto en la asistencia primaria como especializada.

Con el fin de analizar el abordaje de la FM, después de la publicación del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la FM en Cataluña por *Medicina Clínica*¹, constituimos un grupo de trabajo multidisciplinario cuyas conclusiones creemos interesante compartir.

La gran prevalencia del síndrome (4% de la población), así como la frecuentación y uso de recursos sanitarios por estos enfermos, hace imposible su control y seguimiento, ya sea desde un área especializada o desde el ámbito del médico de familia.

El dolor altera la relación social, laboral, familiar, sexual, etc. Por tanto, debemos contemplarla desde una visión integradora tendente a permitir cierto orden y control. La formación acerca del síndrome durante los estudios de enfermería y de medicina es mínima o prácticamente nula. Hay un desconocimiento de la organicidad y de los datos científicos descritos de evidencia en la FM que, junto con la alta prevalencia de alteraciones psíquicas sin enfermedad psiquiátrica, la falta de «marcadores» que indiquen la existencia y/o la evolución del síndrome, el desprestigio científico de éste

Palabras clave: Reumatología. Fibromialgia. Dolor osteoarticular.

y la falta de fármacos adecuados, hace que ni la industria ni los médicos dediquen sus esfuerzos a la investigación del problema.

Tampoco en el ámbito social se reconocen las dificultades que ocasiona la FM; por ejemplo, estos enfermos, a los que ni física ni psíquicamente les beneficia la inactividad, pueden sentirse realmente incapaces de ejercer su trabajo, y la rigidez de la legislación actual es un obstáculo por no admitir modificaciones del ritmo laboral y su adaptación a la sintomatología del enfermo. Los criterios de clasificación del enfermo con DOAGCI han quedado desvirtuados por el exceso de diagnóstico de FM y por no existir criterios de exclusión para ésta.

Aunque se han probado múltiples tratamientos, en la actualidad no hay ninguna pauta establecida que demuestre una eficacia razonable.

El grupo de trabajo apuntó posibles medios de actuación que podrían ser de ayuda para mejorar la problemática asistencial descrita.

Según evidencias actuales, parece ser que el mejor tratamiento es el multidisciplinario, y lo es no tanto por los métodos empleados, sino por el soporte que se proporciona al paciente, la mutiplicidad de visitas, el sentirse atendido y comprendido. Por eso creemos que la asistencia debería ser lo más próxima posible al enfermo y que se deberían constituir grupos de control similares a los de diabetes, hipertensión, etc., llevados por el personal de enfermería de las áreas básicas.

Las enfermeras responsables de los grupos de FM deberían tener el soporte del psicólogo, médico de familia, terapeuta ocupacional y asistente social.

Sería importante poder acceder, en asistencia primaria, a la valoración psicopatológica y grupos de psicoterapia.

La formación de estos grupos de soporte podría realizarse a través de sesiones en los lugares de trabajo, estancias cortas en las unidades de FM, cursos en las universidades de verano y creación de

equipos de trabajo multidisciplinarios integrados en la Sociedad de Medicina de Familia.

Los médicos interesados en el problema deberían aunar esfuerzos y recursos y estimular a los residentes en la investigación en esta área, aumentando y modificando la concienciación social y laboral.

C. Alegre de Miquel y Grupo de Trabajo sobre la Fibromialgia

Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Grupo de Trabajo sobre la Fibromialgia, Manlleu (Osona): C. Alegre, A. Bonafont, M. Custal, J. Espina, X. Farrés, J. Fontarnau, V. Fiszson, M. Gràcia, R. Piqueras, C. Such y I. Valldeneu.

1. Collado A, Alijostas J, Alegre C, Romera M, Sañudo I, Martín R, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002;118:745-9.