

de preocupación en distintas publicaciones¹. Un tercio de la población general presenta alguna enfermedad del aparato locomotor. Estas enfermedades causan un 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria, algo más del 15% de las incapacidades laborales transitorias, constituyéndose entre la primera y tercera causa de éstas según el medio, y son la primera causa de incapacidad laboral permanente. En el proceso de derivación de pacientes desde el primer nivel al especialista, el documento escrito constituye habitualmente el único medio de comunicación, de ahí la importancia de la correcta y completa cumplimentación, tanto en la derivación como en el retorno. El estudio de la concordancia diagnóstica entre los distintos niveles permite una aproximación al conocimiento de la patología reumática y su manejo en el primer nivel. Por ello hemos valorado la concordancia en el diagnóstico en los enfermos remitidos por primera vez desde 10 centros de salud de nuestra área sanitaria, que abarca 150.000 habitantes, a una de las consultas externas de reumatología ubicada en el Hospital del Bierzo. Se ha consensado el remitir a los pacientes con una analítica elemental y radiografías de las zonas afectadas. En tres de los centros de salud es posible la realización de radiografías, tendiendo en el resto que acudir al centro hospitalario. Sin embargo, en todos es posible la extracción de analítica.

En un período de 3 meses se derivaron desde atención primaria 121 pacientes a una de las consultas de reumatología, de los cuales fueron excluidos 5 al no ser la primera visita. En 22 (19,1%) de las 115 hojas de interconsultas no constaba ningún diagnóstico. Los diagnósticos de sospecha más frecuentes fueron artralgias en 30, algias axiales en 11, osteoporosis en 7, poliartritis/artritis reumatoide en 7, dolores óseos en 6, gonartrosis en 5, gota en 3, alteraciones analíticas en 3, espondiloartrosis en 3, espondiloartropatía en 2 y el resto por síntomas o patologías diversas. Sólo aportaban analítica 30 pacientes (34%) y 28 tenían radiografías (24,3%). Los diagnósticos finales de reumatología (se expresan agrupados por síndromes) fueron patología axial mecánica o degenerativa en 22 (19%), patología degenerativa de articulaciones periféricas en 18 (15,6%), patología tendinosa en 12 (10,4%), fibromialgia en 10, patología poliarticular inflamatoria en 9, espondiloartropatías seronegati-

vas en 6, enfermedades microcristalinas en 5, patología mecánica de rodilla en 5, síndromes de atrapamiento nervioso en 5, enfermedades óseas metabólicas en 4, otras patologías diversas en 8 y 8 sujetos no presentaban enfermedades del aparato locomotor. Existía concordancia diagnóstica en 39 casos, los que representa el 41,9% de los pacientes que eran remitidos con un diagnóstico de sospecha.

Los porcentajes de concordancia en el diagnóstico de estudios previos son variables. Cruz et al encuentran una concordancia del 39,3%, aunque en su serie incluyen pacientes intrahospitalarios². Cruz Valenciano et al observan una derivación correcta en aproximadamente la mitad de los pacientes, con un juicio clínico concordante del 68%³. Algunos autores han abordado esta cuestión de forma específica y han mostrado que los problemas más prevalentes en la población general son fácilmente confundidos por los médicos de atención primaria. Así, se encuentra que pacientes con afecciones de partes blandas y fibromialgia a menudo acuden con el diagnóstico de artrosis, o se intercambian los diagnósticos de artrosis y afecciones de partes blandas con facilidad⁴.

Asumiendo la dificultad que supone la realización de radiografía a los pacientes procedentes de centros de salud alejados del hospital, sin embargo sólo un tercio de los pacientes aportaban analítica, a pesar de haber sido consensado para facilitar la rápida evaluación, ya que una analítica general y una radiología simple permiten diagnosticar hasta el 72% de los enfermos en la primera visita⁵. Un 65% de los pacientes que eran consultados por primera vez en nuestra unidad presentaba procesos mecánicos, reumatismos de partes blandas o no se evidenciaba enfermedad reumatológica, cifra similar a la de estudios previos¹, y que se refiere a entidades que puede ser diagnosticada y controladas en la asistencia primaria. El conocimiento de los escalones en la analgesia, de medidas higiénicas articulares y rehabilitadoras permite en la mayoría de las ocasiones el alivio de los síntomas. La atención de estas entidades repercute en la demora global para atender las enfermedades inflamatorias (17% en nuestra serie), por lo que la realización de un cribado en los procesos que se remiten puede ayudar a paliar esta situación.

La mejor comunicación entre especialistas y médicos de asistencia primaria puede ayudar al empleo adecuado de recursos. Esa comunicación es bidireccional, y debe exigirse al especialista un documento de retorno completo, el cual también en ocasiones es deficiente o se halla ausente⁶. Según Marinker, para mejorar el número de derivaciones y la calidad de éstas es necesario el desarrollo de protocolos específicos de derivación acordados entre los médicos generales y los distintos especialistas implicados⁷.

L. Pantoja Zarza, R. Baz Carranza*, S. Losada Ruiz* y J. Ortiz de Saracho

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. *Medicina Familiar y Comunitaria Hospital del Bierzo. Ponferrada (León).

1. Batlle E, Jovani V, Ivorra J, Pascual E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 91-105.
2. Cruz L, Gutierrez C, López I et al. Análisis de la derivación de pacientes a un servicio hospitalario de reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22: 311-316.
3. Cruz Valenciano A, Miguel I, De Alba C, Quirós J, Cabero F, Crespo M. Análisis de la derivación desde atención primaria a la consulta ambulatoria de reumatología. ¿Qué pacientes debe atender el reumatólogo?
4. Trenor P, Batlle E, Noguera R, Medrano C, Pascual E. Concordancia entre atención primaria y especializada en el diagnóstico de artrosis. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22: 161.
5. Carbonell J, Llopart E, Egea G, Rotes-Querol J. Caracterización de los pacientes en una consulta externa de reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1978; 5: 89-93.
6. Caballero A, Bonal P, De Cea C, Buzón E. *Aten Primaria* 1993; 12 (5): 30-35.
7. Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 461-464.

Estreñimiento y consumo de laxantes en ancianos

Ancianos; Estreñimiento; Geriatría; Laxantes; Uso racional medicamentos.

Sr. Director: El estreñimiento es un síntoma frecuente en nuestra población, que muchas veces no llega a las consultas de atención primaria (AP),

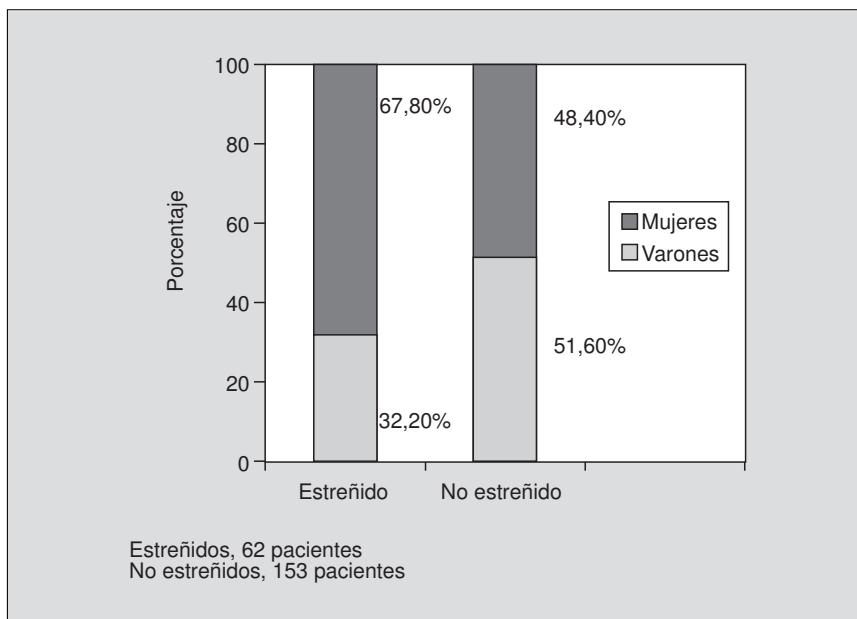


Figura 1. Estreñimiento subjetivo y sexo.

siendo el propio paciente, al igual que ocurre con otros procesos, quien se automedica¹.

Existe una gran dificultad para definir correctamente el estreñimiento por la diferente interpretación que de él realizan pacientes y médicos. Si se adaptan los criterios de Roma a la AP, se definiría como la evacuación de menos de 3 deposiciones por semana² y/o presencia de heces anormalmente consistentes y difíciles de evacuar. Sin embargo, la frecuencia de defecación no es un criterio suficiente por sí mismo, ya que muchos pacientes con estreñimiento refieren una frecuencia de defecación normal, pero con molestias subjetivas, como un esfuerzo excesivo, heces muy duras o sensación de evacuación incompleta. Por tanto, se debe recurrir a la combinación de criterios objetivos y subjetivos para definir el estreñimiento³.

La prevalencia del estreñimiento es aproximadamente de un 2,5% en el varón y del 5% en la mujer, pero si se consideran aspectos subjetivos (lo que el paciente entiende por estreñimiento) la prevalencia aumenta al 20%².

Entre las medidas recomendadas para su prevención/tratamiento estarían: medidas higiénico dietéticas (evitar fármacos responsables del estreñimiento, aumento de la ingesta de fibra dietética, incremento de la

actividad física, ingesta hídrica abundante, adquisición de un hábito deposicional correcto y toma de fármacos laxantes si las medidas anteriores han fracasado².

Si bien la prescripción de laxantes debería realizarla un profesional, son fármacos frecuentemente autoadministrados en la sociedad occidental⁴ y constituyen uno de los grupos farmacológicos más consumidos entre la población mayor de 65 años⁵.

A excepción de los laxantes de masa, se debe desaconsejar el uso sistemático de laxantes durante períodos prolongados, por el riesgo de efectos colaterales como neumonía lipídica debida al aceite mineral o a la lesión del plexo mientérico en el colon cático por efecto de laxantes tipo senna³. El abuso de laxantes puede también determinar diselectrolitemia, esteatorrea leve y enteropatía perdedora de proteínas, diarrea crónica⁴ e incontinencia fecal. Los laxantes más potentes sólo deben utilizarse de modo esporádico. Es muy importante investigar su consumo entre la población adolescente en la que sospechemos trastornos de la conducta alimentaria.

Dada la prevalencia de este síntoma y la importancia del abuso de medicamentos laxantes, nos pareció interesante estudiarlo entre la población que acude a nuestra consulta.

El presente trabajo tiene como objetivo describir la prevalencia del estreñimiento y el uso de laxantes en una población anciana de un área urbana.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, que se llevó a cabo en el Equipo de Atención Primaria (EAP) Puerta Bonita II (Centro de Salud Guayaba) del Área 11 de Madrid.

Se incluyeron 215 ancianos mayores de 65 años que acudieron, de manera espontánea, a 10 consultas de medicina general de este EAP durante los meses de febrero y marzo de 1999 (tamaño muestral calculado con una precisión de 5,7% y un error alfa de 0,05).

A estos sujetos se les pasó una encuesta estructurada realizada por personal adiestrado, donde se recogían las siguientes variables: edad, sexo, estreñimiento subjetivo (explorado por la pregunta «¿es usted estreñido?»), estreñimiento objetivo (menos de 3 deposiciones a la semana), consumo de laxantes y realización de dieta rica en fibra. Se empleó el paquete estadístico SPSS en formato para Word.

Se obtuvieron los siguientes resultados: se estudian 215 ancianos (116 mujeres [54%] y 99 varones [46%]), con una edad media de 72,8 años (desviación estándar [DE], \pm 5,9 años), mínimo 65 años y máximo de 91 años.

Se obtiene una prevalencia de estreñimiento subjetivo de un 28,8% (un total de 62 pacientes), 42 mujeres (67,7%) y 20 varones (32,2%), frente a un 71,2% (153 pacientes) que no se consideraban estreñidos (fig. 1).

La prevalencia del estreñimiento objetivo fue de un 17,7% (38 pacientes) con un intervalo de confianza del 95% (12-23,4), siendo más frecuente en mujeres (29 mujeres, que representan una proporción del 76,3%) que en varones (9 varones que representan un 23,6%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$) a favor de las mujeres.

No existía diferencia significativa en la prevalencia del estreñimiento global según la edad ($p > 0,05$).

Se registró un consumo de laxantes en general: 16,3% (35 pacientes, de los cuales 9 eran varones [25,7%] y 26 mujeres [72,4%], con una $p = 0,008$ estadísticamente significativa), frente a un 83,7% (180 ancianos) que no consumían laxantes.

De estos 35 pacientes que tomaban laxantes, 12 ancianos consumían un laxante osmótico (lactulosa y lactitol...), 6 pacientes tomaban estimulantes de la movilidad (bisacodilo, cáscara sagrada, dantrón...) y 17 pacientes tomaban fármacos formadores de masa (*psyllium*, metilcelulosa...).

En 12 pacientes (5,6%) se documentó toma de medicamento responsable del estreñimiento (opiáceos, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos y antipsicóticos fundamentalmente).

De los 38 pacientes con estreñimiento objetivo, sólo 9 pacientes (23,6%) realizaban *dieta rica en fibra* (evaluado por el consumo de fibra dietética o fibra cruda en gramos al día).

La sensación subjetiva de estreñimiento (explorado con la pregunta «¿es usted estreñado?») tiene una sensibilidad del 86,8% y una especificidad del 83,6% respecto al objetivo.

Las conclusiones del trabajo se reflejan a continuación:

1. La prevalencia del estreñimiento objetivo en la población estudiada fue de un 17,7% (12-23,4). Esta cifra es significativamente mayor que una de las citas bibliográficas revisadas, que cifra la prevalencia del estreñimiento en la población mayor de 65 años en más del 4%⁶, pero se iguala a otra revisión donde la prevalencia en la población mayor de 70 años se sitúa en un 10-30%².

2. El estreñimiento es más frecuente entre las mujeres, dato que coincide con la bibliografía revisada^{2,6}, así como el consumo de laxantes.

3. No encontramos diferencia significativa en la prevalencia del estreñimiento según la edad.

4. La pregunta «¿es usted estreñado?» puede ser útil como método de cribado en esta patología.

5. Los pacientes estreñidos no realizan adecuadamente dieta rica en fibra. Sería conveniente que en AP in-

sistiéramos en iniciar dieta, previa al uso de laxantes.

M.T. Campillos Páez, M.L. Vallés Ugarte, T. San Laureano Palomero y M. Pérez Hernández

Centro de Salud Fátima.
Área 11 de AP de Madrid.

1. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro F. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16: 13-18.
2. Gil MI. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: semFYC 1998; 606-610.
3. Friedman Lawrence S, Isselbacher Kurt J. Diarrea y estreñimiento. En: Harrison's, editor. Principios de medicina interna (14.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998; 277-279.
4. Molero García JM, Miguel Calvo I, Muñoz González F. La diarrea crónica. *FMC* 1998; 5: 157-170.
5. Prieto Lozano A, Wilke Trinxant A, Soldado Ordóñez C, Moliner Molins C, Gené Baia J. Uso racional de fármacos en el anciano. *Aten Primaria* 1997; 19: 96-100.
6. Malmierca Sánchez AJ, García Domínguez JM. Estreñimiento. Manual práctico de medicina general. Madrid: Sociedad Española de Medicina General 1998; 1467-1474.

Sobre la adscripción de población a enfermería

Enfermería; Equipo atención primaria; Gestión sanitaria.

Sr. Director: Referente al artículo publicado el 15 de marzo del 2000, volumen 25, número 4, en el cual, como conclusiones, se menciona que la adscripción de población a enfermería favorecería la longitudinalidad de «la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios», queremos exponer que estamos

de acuerdo con su conclusión y que podemos aportar nuestra experiencia profesional en este sistema de trabajo que proponen.

En 1991, con motivo de la creación del ABS Martorelles/Sant Fost, que incluye una población de 16.000 habitantes, se hizo la propuesta, por parte de enfermería, de un sistema organizativo diferente a las UBA existentes hasta el momento.

Toda la población del ABS está incluida en el programa de distribución por familias que se realiza mediante la sectorización de la población por zonas de características similares. A partir del censo municipal, se asigna a cada profesional un número similar de individuos. Para facilitar a la población la identificación de los profesionales responsables de su atención, se diseñó un modelo similar al que utiliza la cartilla sanitaria, incorporando el nombre de todos los profesionales responsables: médico, pediatra y enfermera, así como los horarios de atención.

De los resultados obtenidos, cabe destacar los de atención domiciliaria, que tienen un incremento en el tiempo de dedicación así como en el número de visitas.

Siendo éste un dato cuantitativo importante, nosotros valoramos la importancia de la continuidad y longitudinalidad que ofrecemos, teniendo en cuenta que también se prestan servicios de atención continuada.

Os felicitamos por vuestro trabajo y os agradecemos vuestra publicación, ya que vuestros expertos llegan a la conclusión de que nuestro sistema organizativo es útil (entre otras cosas) para rentabilizar los recursos, consiguiendo aumentar la operatividad de enfermería e incrementar su eficiencia de manera progresiva.

M. Gómez, M. Navarro, E. Mendoza y E. Santos

ABS Martorelles (Barcelona).