

Los resultados del consumo de antidepresivos obtenidos del presente estudio apuntan a que es relativamente bajo si se lo compara, por ejemplo, con algunas regiones de España<sup>2</sup>. La falta de dispensación pública de antidepresivos en la localidad podría condicionar una falta de tratamiento o subestimación diagnóstica que afectan a los sectores más desprotegidos de la población. Esto contrasta con el elevado gasto para estos fármacos que se evidencia en particular con el ahorro potencial calculado en la utilización de los miembros de la familia de los ISRS seleccionados por los profesionales prescriptores. Es razonable asumir que estos resultados constituyen una muestra válida del consumo de antidepresivos en otras comunas de la región considerando las vinculaciones propias de esta Región Metropolitana<sup>3</sup>. Una mayor racionalización en la elección de los distintos fármacos posibilitaría un ahorro considerable en dicho gasto y favorecería un sistema sanitario más eficiente y equitativo.

## Agradecimientos

Al Dr. Oscar Bottasso por la revisión y las sugerencias para el presente trabajo. A la Dra. Mercedes Leiva, por la revisión estadística.

doi:10.1016/j.aprim.2008.06.004

## Procedencia y destino de los pacientes mayores de 74 años atendidos en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Cáceres en 2007

### Origin and destination of patients over 74 years old seen during the year 2007 in the Emergency Department of Caceres Hospital Complex (Spain)

Sr. Director:

En los análisis que se hacen sobre las características de la población atendida por los servicios de urgencias hospitalarios, se suele achacar a la población de más edad la carga más elevada en la casuística. De hecho, la probabilidad de ingreso hospitalario es mayor con el sobreenvjecimiento<sup>1-3</sup>. Además de los factores individuales, recientemente se viene insistiendo en la capacidad de filtro de los servicios de atención primaria para surtir las necesidades de su población atendida y para evitar urgencias hospitalarias innecesarias. Un primer paso para cuantificar la carga asistencial que generan y las condiciones de los ancianos al llegar a urgencias es conocer su procedencia y sus características epidemiológicas.

Se analizan las características epidemiológicas básicas de los pacientes mayores de 74 años atendidos en urgencias durante 2007 en el Complejo Hospitalario de Cáceres (hospitales San Pedro de Alcántara y Virgen de la Montaña).

## Bibliografía

1. Ministerio de Economía y Producción. INDEC. La industria farmacéutica en la Argentina. Primer trimestre del 2007. Argentina. [citado 3 Ene 2008]. Disponible en: [http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm\\_05\\_07.pdf](http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_05_07.pdf).
2. Sainz de Rozas Aparicio C, Ruiz Clavijo Díez MT, Díaz Madero A. Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de La Rioja y Zamora durante el período 1997–2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:631–45.
3. Plan Estratégico Metropolitano. Región Rosario. Acuerdos Estratégicos Metropolitanos 2004. Rosario. Argentina [citado 14 Mar 2007]. Disponible en: [http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan\\_estrategico\\_metropolitano\\_acuerdos\\_estrategicos\\_metropo.pdf](http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan_estrategico_metropolitano_acuerdos_estrategicos_metropo.pdf).

Nora Beatriz Quaglia\*, Jorgelina Paciaroni y María Mónica Elías

Área de Farmacología, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nquaglia@fbioyf.unr.edu.ar](mailto:nquaglia@fbioyf.unr.edu.ar) (N.B. Quaglia)

Los datos se han extraído del registro informático de urgencias, que recoge la fecha de la atención, la fecha de nacimiento, el sexo, la procedencia, la especialidad que atiende y el destino del paciente (domicilio, hospitalización, muerte, otros). Las medidas de efecto se expresan como *odds ratio* (OR) o como razón de prevalencias, con sus intervalos de confianza del 95%.

En 2007 se ha atendido a 13.749 pacientes de 74 o más años, con predominio de mujeres (57%) y una media de edad de  $81,2 \pm 5,3$  años. El 50,4% acude derivado desde atención primaria y el 42,4%, por propia iniciativa; el 61,8% de los casos son atendidos y resueltos por los facultativos de urgencias, y la mayoría (73%) de los pacientes vuelven a su domicilio; se hospitaliza el 26,1% y fallece el 0,7%.

De los atendidos, ingresan (tabla 1) el 29,2% de los varones y el 24,3% de las mujeres (OR = 1,3; IC del 95%, 1,2–1,4), aunque el número absoluto de mujeres sea mayor, el 32% de los mayores de 85 años y el 24,4% de los de 74–84 años (OR = 1,4; IC del 95%, 1,3–1,5), el 32,8% de los pacientes derivados desde atención primaria y el 15,1% de los que se atienden a petición propia (OR = 2,7; IC del 95%, 2,5–3); el 10,8% de los atendidos por especialidades médico-quirúrgicas, el 65,09% de los atendidos por especialidades quirúrgicas (razón de prevalencias = 6; IC del 95%, 4,8–7,5), y el 79,4% de los atendidos por especialidades médicas (razón de prevalencias = 7,3; IC del 95%, 5,8–9,1).

Con la edad se incrementa la probabilidad de ser ingresado en el servicio de urgencias. En el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres se atendió en 2007 a 81.182 pacientes; de ellos,

**Tabla 1** Relación entre las características del paciente (entradas) y el destino desde el servicio de urgencias (salidas), en valores absolutos y porcentajes

Variables	Hospitalización	Domicilio
<b>Sexo</b>		
Varones	1.711 (29,2)	4.143 (70,7)
Mujeres	1.886 (24,3)	5.885 (75,7)*
<b>Edad</b>		
74–84 años	2.462 (24,4)	7.611 (75,5)
> 85 años	1.135 (31,9)	2.417 (68,1)*
<b>Trimestre</b>		
1. <sup>er</sup>	1.013 (27,4)	2.680 (72,6)
2. <sup>o</sup>	862 (25,9)	2.463 (74,0)
3. <sup>er</sup>	809 (25,3)	2.393 (74,7)
4. <sup>o</sup>	913 (26,8)	2.492 (73,2)
<b>Pacientes/día de la semana</b>		
Lunes (n = 624)	624 (27,4)	1.653 (72,6)
Martes-viernes (n = 2.088)	522 (25,4)	1.532 (74,6)
Sábado-domingo (n = 884)	442 (28,2)	1.124 (71,8)
<b>Procedencia</b>		
Atención primaria	2.247 (32,8)	4.607 (67,2)
Petición propia	878 (15,1)	4.932 (84,9)
Orden facultativa	139 (35,1)	257 (64,9)
112	201 (53,7)	173 (46,3)
Otros	132 (69,1)	59 (30,9)*
<b>Especialidad que atiende</b>		
Urgencias	28 (0,3)	8.359 (99,7)
Especialidad médica	2.810 (79,4)	729 (20,6)
Especialidad quirúrgica	690 (65,1)	370 (34,9)
Especialidad medicoquirúrgica	69 (10,8)	570 (89,2)*

\*p &lt; 0,05.

fueron ingresados 11.898 (14,7%); de los de edad  $\geq 74$  años, ingresa el 26% (OR = 2; IC del 95%, 1,9–2,2). Respecto al sexo, si bien se atienden más mujeres, la probabilidad de ingresar es mayor para los varones. Esta diferencia puede guardar relación con la comorbilidad diferencial<sup>4</sup> y/o con la distinta gravedad de los procesos y/o el distinto esfuerzo terapéutico.

En cuanto al día de la semana, llama la atención el relativo descenso de casuística atendida en los fines de semana, y el incremento de los lunes, cuando todos los dispositivos asistenciales están en marcha. La distribución de las visitas es equilibrada a lo largo de todos los trimestres del año.

Se constata el importantísimo papel de filtro de la atención primaria. Según nuestros datos, la probabilidad preprueba de ser ingresado el paciente es 2,7 veces mayor si acude derivado desde atención primaria, una vez estudiados por su médico de familia, agotado el proceso diagnóstico-terapéutico y por no poder ser atendidos en su domicilio o por estar realmente necesitados de atención hospitalaria urgente.

Respecto al incremento de las visitas urgentes a iniciativa propia, no son el envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones de morbilidad o la aparición de grupos con escasos recursos económicos los que más influyen, sino el incremento y la mejora de los recursos para la atención urgente, los cambios sociales y los hábitos de utilización de servicios sanitarios (medicalización), así como la escasa adaptación de los servicios sanitarios a esos cambios<sup>5</sup>.

Los datos referentes a ingresos por especialidad de los pacientes atendidos por servicios de emergencia o por orden facultativa se corresponden con los criterios de clasificación de pacientes en urgencias y con la lógica mayor gravedad supuesta en estos pacientes.

Este estudio tiene las limitaciones propias de los trabajos basados en registros retrospectivos y las insuficiencias informativas por no disponer de datos fiables de morbilidad. Aun así, creemos importante difundirlo por cuanto refuerza el importante papel de selección que supone la utilización previa de la atención primaria.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación parcialmente financiado en la VIII convocatoria de ayudas de la Red Española de Atención Primaria (REAP).

## Bibliografía

1. Westert P, Satariano A, Schellevis G, Van den Bos AM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Public Health*. 2001;11:365–72.
2. Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2002;16:156–9.
3. Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, Vernhes T, Díez A, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanit*. 2000;14:203–9.

4. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):181–92.
5. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit*. 2007;21:316–20.

Luis Palomo<sup>a,\*</sup> y Carlos Rubio<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Formación e Investigación,  
Área de Salud de Cáceres, Cáceres, España

<sup>b</sup>Centro de Salud Plaza de Argel, Cáceres, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luis.palomo@ses.juntaex.es](mailto:luis.palomo@ses.juntaex.es) (L. Palomo)

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.006

## Grado de control de los hipertensos mediante la medición en consulta y por AMPA

### Blood pressure control in a hypertensive population when measurements are performed in the clinic or self-monitoring by the patient

Sr. Director:

Realizamos un estudio para determinar el grado de control de la población hipertensa tanto en consulta como por AMPA domiciliaria, diferenciando a quienes tienen enfermedad vascular establecida o diabetes, en una provincia con elevada mortalidad cardiovascular<sup>1,2</sup>. Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y multicéntrico, con una muestra aleatoria de la población hipertensa procedente de tres zonas básicas de salud (ZBS) de la provincia de Badajoz (La Paz, Don Benito y Villanueva de la Serena). El tamaño muestral calculado para una proporción de hipertensos sin complicaciones (HSC) controlados del 30% y del 15% en aquellos con complicaciones cardiovasculares establecidas o diabetes (HCC) (error  $\alpha = 0,05$ ; error  $\beta = 0,20$ ) fue de 198 individuos, que se amplió a 300 para cubrir posibles pérdidas. Se estratificó a razón de 100 sujetos por cada ZBS, ya que atendían a una población de tamaño similar. La selección fue al azar a partir del programa de hipertensión de forma que cada unidad asistencial aportaba un número proporcional al número de hipertensos detectados. Se incluyó a todos los mayores de 18 años que firmaron el consentimiento y presentaban dicho diagnóstico en su historia clínica o estaban en tratamiento con fármacos antihipertensivos y no habían cambiado de tratamiento en las últimas 4 semanas. Se excluyó a aquellos que tuvieran incapacidad física, psíquica o cognitiva para realizar la automedición o presentaran fibrilación auricular. En su centro de salud se les recogieron los datos de filiación y los antecedentes de otros factores de riesgo y enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, isquemia de extremidades inferiores o insuficien-

cia cardíaca). La medición de la presión arterial se realizó, siguiendo las recomendaciones internacionales<sup>3</sup>, a primera hora de la mañana, antes de la toma de los antihipertensivos y en número de tres determinaciones con un esfigmomanómetro de mercurio. Posteriormente se les pidió que midieran en su domicilio la presión arterial en dos ocasiones antes del desayuno y antes de la cena durante 3 días laborables consecutivos, mediante el uso de monitores OMRON 705 CP previa demostración de su familiarización con este tipo de dispositivo y tras suministrarle el manguito idóneo para su perímetro braquial.

Se consideró que la presión arterial en consulta (PAC) era la media aritmética de la segunda y la tercera medición; por AMPA domiciliaria, la media aritmética de las cifras obtenidas del segundo y el tercer día<sup>3</sup>. Se clasificó a los pacientes como bien controlados en consulta según pertenecieran al grupo de HSC o HCC si tenían una presión arterial  $<140/90$  o  $<130/80$  mmHg respectivamente. Se consideró buen control mediante AMPA si la presión arterial era  $<135/85$  o  $<130/80$  para los grupos de HSC o HCC respectivamente. Se consideró mal control aislado en consulta el mal control de la presión arterial en consulta y buen control por AMPA, y mal control enmascarado, el buen control por presión arterial en consulta y malo por AMPA.

Participaron 239 individuos; 61 no lo hicieron por falta de colaboración de distintas unidades asistenciales en el estudio y se rechazó a 2 por violación del protocolo de AMPA, con lo que quedaron para el análisis 237. Las características de la muestra total y por grupos se describen en la *tabla 1*. El grado de control por PAC en el grupo de HSC fue del 26,9%, frente al 7,8% en los HCC ( $p = 0,001$ ). Por AMPA fue del 41,3% en los HSC frente al 18,2% en los HCC ( $p < 0,001$ ). El grado de control de la muestra total en consulta fue del 20,7% (15,5%–25,9%) frente al 33,8% (30,7%–36,9%) por AMPA ( $p < 0,001$ ). Cuando comparamos el control con ambos métodos de medición, se observa que sólo el 13,9% de la muestra estaba controlado con ambos métodos, el 59,5% no estaba controlado, el 19,8% tenía mal control aislado en consulta y el 6,8%, mal control enmascarado.