

aceptado por profesionales y por pacientes^{5,6}; sin embargo, su uso y su presencia no debe ser un elemento de alejamiento o distanciamiento en la relación médico-paciente.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bravo R. Impacto de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales: una visión personal documentada. *Aten Primaria*. 2008;40 Supl 1:11-3.
2. Onuigbo MAC. Physician "cognitive drift"'s and medication errors-unintended consequences of the modern EMR. *WMJ*. 2012;111:198.
3. Hill RG, Sears LM, Melanson SW. 4000 Clicks: A productivity analysis of electronic medical records in a community hospital ED. *Am J Emerg Med*. 2013;31:1591-4.
4. Thomsen JF, Gerr F, Atroshi I. Carpal tunnel syndrome and the use of computer mouse and keyboard: A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2008;9:134.
5. Doyle RJ, Wang N, Anthony D, Borkan J, Shield RR, Goldman RE. Computers in the examination room and the electronic health record: Physician's perceived impact on clinical encounters before and after full installation and implementation. *Fam Pract*. 2012;29:601-8.

6. Strayer SM, Semler MW, Kington ML, Tanabe KO. Patient attitudes toward physician use of tablet computers in the exam room. *Fam Med*. 2010;42:643-7.

Juan José Criado-Álvarez^{a,b,*},
Ana Isabel Corregidor Sánchez^a,
Jaime González González^{a,c}
y Carmen Romo Barrientos^d

^a Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Consultorio Médico de San Bartolomé de las Abiertas, Centro de Salud de La Pueblanueva, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), San Bartolomé de las Abiertas, Toledo, España

^c Consultorio Médico de Otero, Centro de Salud de Santa Olalla, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Otero, Toledo, España

^d Servicio de Salud Mental, Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Talavera de la Reina, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jjcriado@sescam.jccm.es,
jjcriado@jccm.es (J.J. Criado-Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.007>

Determinantes de la utilización de los servicios de urgencias en España



Determinants of utilization of emergency departments in Spain

Sr. Editor:

Durante los últimos años se está produciendo un importante incremento en la utilización de los servicios de urgencias (SU). En 2011 los hospitales tuvieron 26,4 millones de urgencias; en atención extrahospitalaria se atendieron 0,60 visitas urgentes por persona en 2012. Pese a esta creciente utilización de los SU, existe escasa información en España sobre las características de las poblaciones que los utilizan. El objetivo de este trabajo es analizar los factores asociados con la utilización de los diferentes dispositivos de los SU.

Con la Encuesta Nacional de Salud de 2011 se identifican mediante modelos de regresión logística multivariable las variables asociadas con la utilización de los SU. La variable dependiente es la pregunta: Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos 12 últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó? Las opciones para responder a

esta pregunta se reclasifican en: hospital público y centro público de urgencias no hospitalario.

El 26,6% de la población tuvo una visita a los SU, la mayor parte en un hospital público (64,6%), seguido de los centros no hospitalarios públicos (27,1%). Las variables que mostraron un incremento de la probabilidad de utilizar los SU privados (tabla 1) son más visitas a especialistas, la realización de pruebas diagnósticas, haber sido hospitalizado y residir en un ciudad de mayor tamaño o capital de provincia. Disminuyó la probabilidad de utilizar los SU privados tener salud mala o muy mal, la mayor utilización de atención primaria y pertenecer a una clase social más desfavorecida. Los SU de hospitales públicos se utilizaron con una mayor probabilidad por personas con más visitas a especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones, así como por clases sociales menos favorecidas. Fue mínima su utilización con el menor consumo de medicamentos. Las variables que se asociaron con la visita a los SU extra-hospitalarios públicos fueron el mayor consumo de medicamentos, y se redujo la probabilidad de su utilización con la mayor limitación de las actividades de la vida diaria, con menos visitas a especialistas, pruebas diagnósticas y hospitalizaciones, así como por la residencia en municipios de menos habitantes.

Tabla 1 OR ajustados de la probabilidad de tener una visita a los diferentes tipos de SU

	SU hospital público			SU no hospitalario público		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
<i>Varones</i>	0,89	0,73	1,07	1,07	0,87	1,32
<i>Edad</i>						
16-24	1,00	-	-	1,00	-	-
25-44	0,65	0,42	1,00	1,16	0,73	1,85
45-64	0,78	0,50	1,23	1,03	0,64	1,67
65-74	0,96	0,59	1,56	0,80	0,47	1,34
> 74	1,07	0,66	1,73	0,74	0,44	1,23
<i>Reducción de actividad en las últimas 2 semanas</i>	0,97	0,79	1,20	1,01	0,80	1,27
<i>Limitación de las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses</i>						
No, nada limitado	1,00	-	1,00	1,00	-	-
Sí, pero no gravemente	1,31	0,91	1,31	0,63	0,41	0,95
Sí, gravemente	1,20	0,96	1,20	0,75	0,59	0,96
<i>Autovaloración de salud</i>						
Muy buena o buena	1,00	-	-	1,00	-	-
Regular	1,12	0,89	1,41	0,93	0,72	1,20
Mala o muy mala	1,24	0,92	1,68	0,93	0,66	1,30
<i>Número de enfermedades crónicas</i>	1,04	0,97	1,11	1,00	0,93	1,07
<i>Número de medicamentos</i>	0,87	0,82	0,93	1,16	1,09	1,23
<i>Visitas al médico de atención primaria</i>						
0	1,00	-	-	1,00	-	-
1	1,31	0,99	1,75	0,83	0,60	1,16
2	1,02	0,72	1,44	0,92	0,62	1,37
≥ 3	1,36	0,92	2,01	0,90	0,57	1,41
<i>Visitas al especialista</i>						
0	1,00	-	-	1,00	-	-
1	1,27	1,02	1,59	0,69	0,54	0,89
≥ 2	1,58	1,12	2,24	0,42	0,27	0,64
<i>Prueba diagnóstica</i>	1,45	1,18	1,77	0,59	0,48	0,74
<i>Hospitalización</i>	2,21	1,76	2,77	0,32	0,24	0,42
<i>Clase social</i>						
I-II	1,00	-	-	1,00	-	-
III	1,06	0,77	1,47	0,99	0,68	1,44
IV-V-VI	1,48	1,12	1,95	1,10	0,80	1,51
<i>Tamaño del municipio (número de habitantes)</i>						
Menor a 10.000	1,00	-	-	1,00	-	-
10.000-50.000	0,89	0,68	1,15	1,12	0,85	1,47
Más de 50.000 y capitales	1,23	0,97	1,23	0,61	0,47	0,79

OR: odds ratio; SU: servicios de urgencias.

Los resultados de este trabajo reflejan que las características asociadas con la utilización de los diversos tipos de SU públicos y privados, hospitalarios y extra-hospitalarios son diferentes. Estos datos no sugieren que mejorar la continuidad y el acceso a atención primaria¹ puede reducir el uso de los SU públicos^{2,3}. Sí que se observa que la menor utilización de especialistas, pruebas diagnósticas u hospitalizaciones se asocia con una mayor utilización de los SU no hospitalarios públicos⁴. Finalmente, estos datos reflejan la influencia de variables no clínicas, como el nivel socio-económico⁵ y el tamaño del municipio de residencia⁶ en la utilización de los SU.

Bibliografía

1. Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results from the Primary Care Access Survey. *Can Fam Physician*. 2012;58:e658-66.
2. Oterino de la Fuente D, Baños JF, Blanco VF, Álvarez AR. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2007;17:186-92.
3. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: The myths, the data and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42-8.

4. McCusker J, Tousignant P, Borgès da Silva R, Ciampi A, Lévesque JF, Vadeboncoeur A, et al. Factors predicting patient use of the emergency department: A retrospective cohort study. *CMAJ*. 2012;184:E307–16.
5. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, Schull MJ. A population-based study of the association between socioeconomic status and ED utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med*. 2011;18:836–43.
6. Peiró S, Libroero J, Ridaio M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2010;24:6–12.

Antonio Sarría Santamera^{a,b,c,*}, Javier Prado Galbarro^a, Manuel Quintana Díaz^{d,e} y Ana Martínez Virto^d

^a Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

^b Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España
^c Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas (REDISSEC), España
^d Servicio de Urgencias, Hospital La Paz, Madrid, España
^e Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: asarria@isciii.es (A. Sarría Santamera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.011>

Consideraciones respecto a ezetimiba y deterioro renal



Considerations for ezetimibe and renal impairment

Sr. Editor:

Hemos leído con interés la carta de Fernández-Liz et al.: «Ezetimiba asociada a simvastatina incrementa el riesgo de insuficiencia renal»¹, y nos sorprende la categórica afirmación de los autores en el título, ya que difícilmente pueden demostrarla.

Cualquier efecto secundario de fármacos es de interés para los lectores, dado que ayuda a mejorar la seguridad de nuestros pacientes, pero debemos ser rigurosos en comunicarlos. En este caso, pensamos que la asociación entre deterioro renal y administración de ezetimiba no deja de ser casual.

Dentro de la gradación de las reacciones adversas a fármacos² (definitiva, probable, posible, condicional e improbable), este caso se sitúa en «condicional». Es decir, hay una secuencia temporal, no es una respuesta conocida al fármaco y no hay una explicación alternativa para la reacción².

El principal motivo para argumentarlo es que en muchas ocasiones existe dificultad para atribuir la causa de un deterioro renal leve, sin existir un único factor que condicione la aparición de un deterioro en la función renal.

En este caso, el paciente presenta enfermedad ateromatosa con filtrado glomerular reducido casi a la mitad, y su tratamiento incluye fármacos que modifican la hemodinámica glomerular (enalapril, eplerenona). Estos pacientes, debido a la isquemia asociada a ateromatosis, son más sensibles a los cambios hemodinámicos glomerulares por fármacos o situaciones de deterioro renal funcional³.

Los autores han descartado la introducción de fármacos que afecten a la función renal, pero no informan acerca de los posibles cambios en las dosis de los 2 fármacos referidos

anteriormente, y que podrían influir tanto en la hemodinámica renal como en el estatus hídrico del paciente. Tras la visita al cardiólogo, el paciente podría haber iniciado una dieta hiposódica más estricta o modificado la dosis de fármacos. Los autores no informan de cambios en la presión arterial o peso, que traducirían un menor volumen plasmático y pueden ejercer un importante efecto en el grado de perfusión renal, condicionando variaciones en el filtrado glomerular incluso superiores a las descritas por los autores³. Además, tras 4 meses de tratamiento con cualquier fármaco nefrotóxico, raramente se produce una recuperación completa de la función renal.

Por otra parte, las guías KDIGO⁴ recomiendan el tratamiento con estatinas solas o asociadas a ezetimiba en todos los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios 3-5, sin diálisis, mayores de 50 años, dado el muy alto riesgo cardiovascular de estos pacientes, y con base en el estudio SHARP⁵. Este estudio incluía más de 9.000 pacientes con enfermedad renal, y uno de los brazos recibía ezetimiba y simvastatina. En este estudio no se comunicó ningún caso de deterioro renal entre los efectos adversos⁵.

Las estatinas presentan diferente grado de eliminación renal. Atorvastatina produce una eliminación renal menor del 2%, y en el caso de simvastatina, es del 13%⁶, requiriéndose en este último caso un ajuste en enfermedad renal crónica avanzada, pero no es necesario con filtrado glomerular estimado ≥ 60 ml/min/1,73 m², como el paciente que se presenta.

Por otra parte, el mecanismo de acción de ezetimiba hace poco plausible la atribución del deterioro renal al fármaco (bloqueo de la absorción intestinal de colesterol y fitoesteroles). Además, no se ha descrito interacción entre ezetimiba y estatinas⁶.

Por lo tanto, pensamos que debido a la falta de datos en la literatura sobre el deterioro renal asociado a ezetimiba y por la posibilidad de que existan múltiples factores asociados a la aparición de un deterioro leve en la función renal, no mencionados completamente en el trabajo de Fernández-Liz et al.¹, se debe ser más riguroso y no se puede atribuir el deterioro renal leve al tratamiento con ezetimiba.