

4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. BOE núm 307 de 24/12/2015.
5. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm 225 de 16/09/2010.

Pablo March López^{a,*}, Susana Redondo Capafons^a,
Jordi Nicolás Picó^a y Salvador Quintana Riera^b

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Terrassa, Barcelona, España

^b Hospital Universitari Mútua Terrassa, Fundació per la Recerca Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Terrassa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmarch@mutuaterrassa.es
(P. March López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.005>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Variabilidad en la utilización de servicios sanitarios por las personas mayores relacionada con el cupo médico al que pertenecen



Variability in the use of health services by the elderly related to the medical list to which they belong

Sr. Editor:

La utilización de los servicios sanitarios debería estar condicionada fundamentalmente por la carga de enfermedad de la población atendida, aunque también influyen, entre otros factores, la organización y las características del sistema sanitario¹. El Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica documenta desde 2003 la variabilidad en la utilización de diferentes servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud español relacionándola con el lugar de residencia, centro sanitario o médico que atiende a un grupo de pacientes². Este grupo muestra como en algunas intervenciones médicas, las tasas de utilización varían 5, 10 y más veces entre las poblaciones vecinas con condiciones de entorno y morbilidad similares.

Conocer el grado de esta variabilidad en la utilización de los servicios relacionada con la práctica médica precisa ajustar los resultados a la complejidad de los pacientes atendidos³. En este contexto se pretende analizar la variabilidad en la utilización de diferentes servicios sanitarios por una población de 65 años o más y valorar si está relacionada con el médico del cupo al que están adscritos los pacientes.

Para ello se ha realizado un estudio transversal de base poblacional en los 1.327 individuos de la Cohorte «Peñagrande»^{4,5}, repartidos en 30 cupos médicos. Se definieron 7 indicadores de utilización de servicios sanitarios entre los pacientes de cada cupo, identificados con el número de visitas al médico de familia y a enfermería el último mes, medicamentos consumidos diariamente los últimos 15 días, visitas al reumatólogo-traumatólogo, fisioterapeuta, podólogo y hospitalizaciones el último año⁵.

Se calculó el grado de complejidad de los pacientes de cada cupo (índice de complejidad), mediante el sistema de clasificación de ACGs[®], utilizando los pesos relativos obtenidos por Sicras-Mainar et al. en Cataluña³. Se calculó para cada indicador de utilización, el índice de eficiencia (IE) que relaciona la utilización observada con la esperada ($IE = U_{obs}/U_{Esp}$). Para el análisis de la variabilidad se emplearon los estadísticos de áreas pequeñas².

De los resultados obtenidos destaca la variabilidad observada en la utilización de los servicios sanitarios por los pacientes de los distintos cupos que se mantiene tras calcular el IE. La representación en un gráfico de puntos de la variabilidad de los IE de los indicadores estudiados (utilizando la transformación logarítmica para su comparabilidad) se presenta en la figura 1. Cada punto representa uno de los cupos médicos a los que pertenecen los individuos de la muestra. Se observa la variabilidad en la utilización de servicios entre los cupos para los distintos indicadores, tras ajustar por la complejidad de sus pacientes.

La razón de variabilidad (RV_{5-95}) y el coeficiente de variación (CV_{5-95}) para los IE fueron: 5,99 y 36,3% para visitas al médico de familia (≥ 2 veces/mes), 3,1 y 29,1% para enfermería, 1,9 y 17,3% para polimedicación, 2,5 y 23,7% para hospitalización y 1,6 y 15,7% para consultas al reumatólogo/traumatólogo, respectivamente.

La variabilidad dependiente del médico ha sido atribuida a la incertidumbre de la actividad². En la asistencia diaria del médico de familia no hay evidencia científica suficiente para muchas de las prácticas habituales⁶ que se desarrollan en circunstancias cambiantes y precisan otras habilidades como la comunicación, la intuición o la contextualización. Un nuevo agrupador para nuestro sistema sanitario, los grupos de morbilidad ajustados (GMA)⁵, pretende ayudar a los profesionales en la toma de decisiones en el marco de una mayor homogeneidad en la utilización de los servicios sanitarios.

Este trabajo constata la variabilidad en la práctica médica, tanto en atención primaria como especializada y apunta el papel importante del médico de familia en la explicación de la utilización de los servicios sanitarios que hacen sus pacientes, más allá de su carga de enfermedad y complejidad.

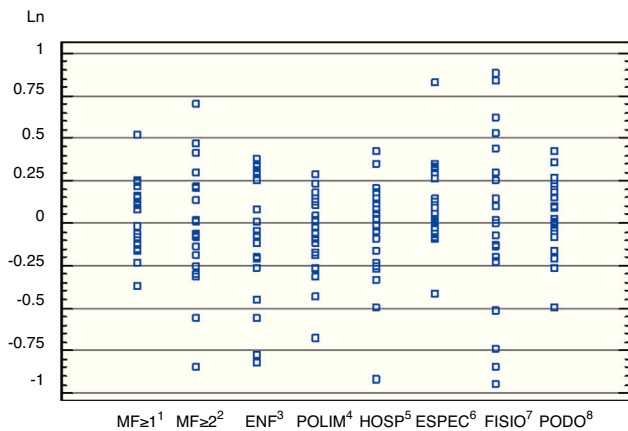


Figura 1 Representación de la variabilidad de los índices de eficiencia de cada indicador de utilización de servicios sanitarios.

En la escala de ordenadas el Log n del IE. En la escala de abscisas los distintos indicadores de utilización estudiados.

¹Una o más visitas al médico de familia el último mes. ²Dos o más visitas al médico de familia el último mes. ³Una o más de una visitas a enfermería el último mes. ⁴Polimedicados (≥ 5 fármacos) los últimos 15 días. ⁵Una o más hospitalizaciones en el último año. ⁶Una o más consultas al reumatólogo (o traumatólogo) el último año. ⁷Una o más consultas al fisioterapeuta en el último año. ⁸Una o más consultas al podólogo en el último año.

Bibliografía

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36:1–10.
2. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Peiro S. Atlas VPM Group. Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: The Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy.* 2014;114:15–30.
3. Sicras-Mainar A, Serrat-Tarres J, Navarro-Artieda R, Llopart-Lopez J. Posibilidades de los grupos clínicos ajustados (Adjusted Clinical Groups-ACGs) en el ajuste de riesgos de pago caputivo. *Rev Esp Salud Publica.* 2006;80:55–65.

4. Castell MV, Sanchez M, Julian R, Queipo R, Martín S, Otero A. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: Implications for primary care. *BMC Fam Pract.* 2013;14:86.
5. Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Marín S, Mateo Pascual C, Otero Puime A. Utilización de servicios de salud por la población mayor: atención primaria, atención especializada y uso de medicamentos. *Rev Esp Salud Publica.* 2016;90:e1–11.
6. González González AI, Miquel Gómez AM, Rodríguez Morales D, Hernández Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla Herrera I, et al. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2017;49:240–7.

María Dolores Cano Pérez^{a,*}, María Victoria Castell Alcalá^b, Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo^c y Ángel Otero Puime^d

^a Centro de Salud Fuencarral, Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina, UAM, Madrid, España

^b Centro de Salud Dr. Castroviejo, Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina, UAM, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ), Madrid, España

^c Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM, Madrid, España

^d Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariadolores.cano@uam.es (M.D. Cano Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.006>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Relación entre la salud gingival en las gestantes con complicaciones obstétricas



Relationship between gingival health in pregnant women with obstetric complications

Sr. Editor:

Últimamente en la literatura médica se refleja la asociación entre la periodontitis y las complicaciones obstétricas. Entre ellas figuran principalmente: el bajo peso de los recién nacidos (< 2.500 g), los partos prematuros (< 37 semanas), el aborto involuntario, la muerte fetal y la preeclampsia (comúnmente definida como hipertensión materna y proteinuria después de la 20.^a semana de gestación)¹.

En el campo de la periodoncia la gingivitis gravídica fue recogida por Armitage² como un tipo de enfermedad gingival modificada por factores sistémicos, específicamente endocrinos. Esta enfermedad se asocia a unos factores etiológicos entre ellos: cambios vasculares, influencia hormonal sobre células del periodonto, cambios en el sistema inmunitario y cambios en el *biofilm*. Otros factores asociados son los conocidos como modificadores, entre ellos se encuentran: el control de la placa bacteriana y la influencia de gradientes socioeducacionales.

Si atendemos a la relación entre las complicaciones obstétricas y la enfermedad gingival se ha descrito una posible plausibilidad biológica. Se han descrito 3 posibles vías etiológicas: diseminación hematogena de productos inflamatorios de la infección periodontal, respuesta inmune fetomaterna a los patógenos orales, o directamente de bacteriemia resultante de la infección oral¹.