

ello el desplazamiento de la prescripción a fármacos más novedosos, de idéntica acción clínica, pero con precios más altos. Y, por último, cambiar el sistema retributivo del farmacéutico en lo que respecta a los medicamentos sujetos al precio de referencia.

MATEU SEGUÍ DÍAZ
Médico Titular de Es Castell.
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro Sanitario Dalt Sant Joan de Mahón. Menorca. Baleares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueiras A, Caasmaño F, Gestal Otero JJ. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. *Gac Sanit* 1997; 11: 297-300.
2. Carné X, Díez Rodríguez M, García Alonso F. Las especialidades farmacéuticas genéricas en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 337-339.
3. Rey Abella M. Precios de referencia. *Aten Primaria* 1999; 24: 253-254.
4. García Vicente JA, Cordon Granados F. Prescripción inducida, ¿excusa o realidad? *Aten Primaria* 1998; 22: 619-620.

Miocardopatía por VIH

Sr. Director: En el ámbito de la atención primaria la prevalencia de enfermos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es del 0,5% de la población general, y oscila entre el 0,1 y el 8% según los registros consultados. Debe recordarse que en unos años un porcentaje importante de estos enfermos desarrollará la enfermedad del sida, y dependiendo de su distribución epidemiológica o de la disponibilidad de recursos para su atención, puede suponer una enfermedad preeminente en algunas áreas de salud, por lo que debemos estar familiarizados con manifestaciones menos habituales de la enfermedad, como la afectación cardíaca.

Desde la primer mención de manifestación cardíaca del sida (afectación miocárdica por sarcoma de Kaposi en 1983), se han identificado numerosas enfermedades cardíacas relacionadas con el VIH, entre las que se incluyen la enfermedad pericárdica (es la manifestación más frecuente, tratándose generalmente de pericarditis y derrames pericárdicos asintomáticos), la miocarditis linfocitaria y necrosis miocárdica, la miocardopatía dilatada, las lesiones valvulares con o sin endocarditis, las neoplasias, la disfunción ventricular derecha por hipertensión pulmonar, las arritmias y la enfermedad tromboembólica.

La aparición de afectación miocárdica (miocarditis agudas y miocardopatías con depresión de la función ventricular) oscila, según los estudios anatomopatológicos de series autópsicas, entre el 15 y el 50% de los casos¹. Alrededor del 20% presentan miocardopatía dilatada, que suele ser subclínica (únicamente presentan síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva un 1-4% de los pacientes con sida)². Los hallazgos anatomopatológicos presentan alteraciones focales en forma de infiltrados inflamatorios de pre-

dominio linfocitario, que crónicamente pueden evolucionar a necrosis del miocito y a fallo cardíaco. La miocardopatía aparece en estadios avanzados de la enfermedad y se asocia a recuentos de CD4 inferiores a 100/ μ l^{1,3}.

La insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a disfunción grave de la función ventricular es la forma más frecuente de enfermedad cardíaca sintomática en el sida. Los signos y síntomas característicos de la insuficiencia cardíaca pueden ser difíciles de reconocer en una población de pacientes en la que los síntomas sistemáticos de insuficiencia cardíaca se solapan con los de la enfermedad de base. La presencia de galope por tercer tono y taquicardia sinusal orientan hacia el origen cardíaco de esta sintomatología. El ecocardiograma es la técnica más útil para detectar afectación miocárdica².

No se acepta un único mecanismo etiológico como causa de miocardopatía por VIH. El propio virus del sida puede infectar directamente los miocitos y ser tóxico directo por efecto citolítico^{1,2}. Numerosas infecciones oportunistas (*Toxoplasma gondii*, *M. tuberculosis*, *Candida*, histoplasmosis, criptococosis, aspergilosis, infecciones virales por citomegalovirus, virus de Epstein-Barr o *Coxsackie B*) pueden causar miocarditis, así como sustancias cardiotoxicas como el alcohol, cocaína, catecolaminas (producen espasmo microvascular y muerte del miocito) y fármacos utilizados en el tratamiento de la enfermedad o de afecciones relacionadas (zidovudina, doxorubicina, interferón α , pentamidina, ganciclovir, interleucina 2, adriamicina o foscarnet)². Se han propuesto una serie de factores que podrían favorecer la depresión de la función ventricular en pacientes con sida: proliferación de células intersticiales del miocardio con producción de factor de necrosis tumoral α , cuyos valores se elevan en el suero a medida que progresa la enfermedad, déficit nutricionales (vitamina E o selenio) o procesos autoinmunes contra las células miocárdicas¹⁻⁵.

Las complicaciones cardíacas pueden ser la causa de muerte en el 5% de los casos de sida. Los enfermos con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca presentan una tasa de mortalidad aproximada a los 6 meses del 50%. Con el incremento actual de la incidencia y el aumento de la supervivencia con los nuevos enfoques terapéuticos, la miocardopatía por VIH se convertirá en una entidad clínica común en nuestras consultas de atención primaria.

MIGUEL CRUZ ARNÉS^a, J. VILA ÁLVAREZ^b
Y C.M. SAA REQUEJO^c

^aResidente de MFyC. Centro de Salud San Fernando. Móstoles. Madrid. ^bResidente de MFyC. Centro de Salud Miguel Servet. Alcorcón. Madrid. ^cEspecialista en MFyC.

Correspondencia: Dr. M. Cruz Arnés.
Tacona, 37, 2.º A. 28030 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michaels AD, Lederman RJ, MacGregor JS, Cheitlin MD. Cardiovascular involvement in AIDS. *Curr Probl Cardiol* 1997; 22: 109-148.
2. Schwartz ED, Fishman JE, Mandel AS, Bauerlein EJ, Ezzudin S, Guerra JJ. Pictorial essay: thoracic cardiovascular complications of acquired immunodeficiency syndrome. *J Thorac Imaging* 1998; 13: 116-122.

3. Currie PF, Jacob AJ, Foreman AR, Elton RA, Brettle RP, Boon NA. Heart muscle disease related to HIV infection: prognostic implications. *Br Med J* 1994; 309: 1605-1607.
4. Lipshultz SE. Dilated cardiomyopathy in HIV-infected patients [editorial]. *N Engl J Med* 1998; 339: 1153-1154.
5. Domanski MJ, Sloas MM, Follmann DA, Scalise PP, Tucker EE, Egan D et al. Effect of zidovudine and didanosine treatment on heart function in children infected with human immunodeficiency virus. *J Pediatr* 1995; 127: 137-146.

Participación de los profesionales. Participar para decidir

Sr. Director: No parece posible mejorar la eficiencia y la efectividad de la asistencia sanitaria sin hacer partícipes a los profesionales en la toma de decisiones, a través de la descentralización.

Esto exige una orientación completamente diferente de la organización actual, que no se contempla en lo publicado sobre fundaciones públicas sanitarias, si bien no lo excluye. Por tanto, en atención primaria, poca va a ser la influencia de esta nueva forma de gestión si no se apuesta decididamente por reconocer la importancia de los profesionales en la gestión. Y esto depende poco de las "nuevas fórmulas" como única solución para no se sabe bien qué.

Hubo un tiempo en que en los contratos-programa entre el INSALUD central y las gerencias de área se incentivaba, a través de objetivos, la corresponsabilización en la gestión de los equipos de atención primaria, avalada, en parte, porque en determinadas áreas ya habían puesto en marcha el establecimiento de "acuerdos" de colaboración entre dirección y equipos de atención primaria, obteniendo con ello buenos resultados asistenciales y de satisfacción de los usuarios, así como de profesionales y económicos. Este modelo en años sucesivos se fue generalizando con mayor o menor fortuna dependiendo en gran parte del interés de los directivos del área en desarrollar estas estrategias, entendiendo algunos que los buenos resultados están relacionados con el nivel de autonomía de los profesionales, bajo la hipótesis de que a mayor autonomía mayor satisfacción y, por tanto, mejor atención.

Esto supone un cambio en la concepción del hecho de dirigir, compaginando funciones de dirección, asesoría y gestión, y utilizando cada una según la situación de que se trate, para lo que se considera necesario un "talante" que, si bien se puede definir, resulta de difícil precisión a la hora de su selección, aunque parece evidente, por la experiencia, que ese talante no va necesariamente unido a un currículo profesional lleno de cursos y másters de gestión y dirección o intereses políticos del responsable del nombramiento.

Existe un órgano de suma importancia al que se denominó en principio consejo de dirección y actualmente consejo de gestión, del que son miembros los coordinadores de los equipos que aceptan participar en la gestión jun-

to con el gerente. Este consejo, con unos estatutos convenientes, se puede convertir en el verdadero director del área, siendo el director-gerente el encargado de ejecutar las decisiones que se adopten en el consejo.

Entre sus funciones podemos enumerar las siguientes (extraídas del reglamento de funcionamiento del Consejo de Gestión del Área de Atención Primaria Valladolid Oeste), a modo de ejemplo:

1. Discutir y aprobar los criterios de distribución de la cartera de servicios pactada por el área con la autoridad superior (presidencia ejecutiva en el caso de INSALUD) entre los diferentes centros.
2. Discutir y aprobar los criterios de distribución del presupuesto entre los diferentes centros.
3. Discutir y aprobar los criterios de organización mínimos exigibles a todos los centros.
4. Discutir y aprobar los criterios de calidad mínimos exigibles a todos los centros.
5. Discutir y aprobar la redistribución de recursos humanos dentro del área.
6. Discutir y aprobar los criterios de asignación de incentivos.

En cuanto a sus normas de funcionamiento y, en concreto, al mecanismo de toma de decisiones, las propuestas se aprobarán por mayoría simple, con carácter general, pudiendo el presidente determinar qué asuntos requieren para su aprobación el consenso, la mayoría absoluta, dos tercios, etc.

Para facilitar la participación sería conveniente que el puesto de presidente fuera desempeñado con carácter rotatorio por los coordinadores de los centros. Por supuesto, debe quedar clara la pertenencia a la institución, así como su dependencia y asunción de las líneas estratégicas de la entidad financiadora.

Este mecanismo participativo exige unos requisitos previos para que el consejo funcione adecuadamente; uno de ellos, fundamental, es la figura del coordinador, puesto sujeto a controversias constantes, indefinido y distinto en cada equipo de atención primaria. Como su indica su nombre, debe coordinar el trabajo de sus iguales, poner orden en las estrategias, distribuir tareas entre sus compañeros y representarlos ante el consejo, la dirección y otras instituciones; dependiendo del tamaño y complejidad del equipo de atención primaria sería conveniente, si éste es amplio, que otras personas se encargaran de diferentes áreas como información, formación, calidad, administración, etc.

Pasados 15 años de la formación de los primeros equipos, con la mayor parte de los mismos formados por personal laboralmente estable, las tareas de coordinación o dirección son consideradas por la mayoría como una carga y en muchos casos sufrida como tal, con deterioro de la formación clínica por falta de tiempo, dificultades para el desarrollo normal de su trabajo asistencial, con el no infrecuente desgaste personal en las relaciones entre los compañeros, con las consecuencias que prácticamente todos hemos vivido de malos entendidos, formación de grupos, distanciamiento, situaciones, en fin, que conllevan, entre otros aspectos, una disminución en la calidad del trabajo diario.