Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



# CARTAS AL DIRECTOR

## Síndrome neuroléptico maligno asociado a haloperidol

Sr. Director: El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una rara entidad clínica que se presenta como reacción idiosincrásica al tratamiento con dosis terapéuticas de fármacos neurolépticos[1,2]. Se caracteriza por hipertermia, síndrome extrapiramidal, rigidez muscular, alteración del nivel de conciencia y disfunción autónoma. Se incluyen los neurolépticos clásicos, como haloperidol, y los más recientes, caso de risperidona y olanzapina[3].
Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un cuadro compatible con SNM asociado a haloperidol.

Mujer de 82 años de edad con antecedentes patológicos de EPOC, HTA y cardiopatía hipertensiva con crisis de ACFA paroxística. Dos meses antes del ingreso manifiesta una infección de orina que se acompaña de agitación psicomotriz y alucinaciones auditivas que ceden con norfloxacino y haloperidol, 4 mg/8 h. Un mes antes del ingreso presenta una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo que requiere intervención quirúrgica; en su estancia hospitalaria presenta el mismo cuadro de agitación psicomotriz que se autolimita con haloperidol a las mismas dosis. De forma intermitente, en el domicilio se le administra el antipsicótico a las dosis prescritas por persistencia de los episodios de agitación.
Doce horas antes del ingreso la paciente muestra un cuadro de hipertermia de 40,5 ºC, estupor, taquipneica y taquicárdica, hipertonía generalizada y mioclonías multifocales. La exploración física no revela datos de infección respiratoria, intestinal y/o neurológica. Es remitida al hospital de referencia bajo la sospecha diagnóstica de SNM.
Se inicia tratamiento con medidas antipiréticas físicas, hidratación parenteral, antibioticoterapia de amplio espectro, oxigenoterapia y monitorización cardiovascular. En la analítica practicada destacan: creatinina, 1,86; GOT, 41; CPK, 434; CPK-MB, 51; Na, 159; K, 5,75; Cl,115; gasometría venosa (pH, 7,16; $pCO_2$, 63,2; $pO_2$,15,8; bicarbonato, 22,1, y sat. $O_2$, 14,1%). Leucocitos, 27,8 (91% segmentados, 1% metamielocitos, 3% eritroblastos, 4% linfocitos y 1% eosinófilos).
A las 2 horas de su ingreso en urgencias entra en parada cardiorespiratoria, progresando a un fallo multiorgánico y falleciendo la paciente.
Los hemocultivos y urinocultivos practicados fueron negativos.
Uno de los principales problemas del SNM es la variabilidad en su presentación clínica[4]; a veces son formas de escasa gravedad o síndromes incompletos. Los datos de laboratorio más frecuentes son elevaciones de la CPK, leucocitosis, hipernatremia, elevación de las transaminasas, LDH y fosfatasas alcalinas en ausencia de otras causas aparentes que lo justifiquen.
Se cree que el mecanismo de acción es por un bloqueo de las vías dopaminérgicas de los ganglios basales y del hipotálamo[5]; dado que los fármacos neurolépticos bloquean los receptores de dopamina, el SNM se atribuye a una depleción de ésta. La búsqueda bibliográfica por MEDLINE proporciona tan sólo la presentación de 20 casos en la literatura médica que relacione la palabra clave neuroleptic malignant syndrome con haloperidol.
El caso comentado cumple los criterios para ser considerado un SNM.
A pesar de la baja incidencia de SNM en pacientes tratados con neurolépticos, un 0,9-2,4% según las series[2,6], su alta tasa de mortalidad del 20% y el uso tan frecuente de estos fármacos obliga a tener presente esta entidad clínica. Debe mantenerse siempre una conducta expectante, incluso en aquellos neurolépticos de baja potencia extrapiramidal.

**A. Espino García, M. Madrid Valls, R. Mur Garcés y N. Nadal Braqué**

ABS Bordeta-Magraners. Subdivissió d´Atenció Primària Centre-Lleida. DAP Segrià-Garrigues. Lleida.

1. Martínez E, Domingo P, Lloret J. Síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 1994; 102: 181-188.
2. Rivera JM, García Bragado F, Iriarte LM, Lozano Gutiérrez F, Salgado V, Andreu J et al. Síndrome neuroléptico maligno. Análisis de 9 casos. Med Clin (Barc) 1990; 94: 1212-1225.
3. Canaro Lebreto J, Bermúdez García JM, Álvarez García ML, Rico Irles J. Antipsicóticos atípicos y síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 2000; 115: 279.
4. Sagar SM. Neuroleptic malignant syndrome: a diagnostic dilemme. J R Soc Med 1991; 84: 500-501.
5. Kish SJ, Kleinert R, Mianauf M, Gilbert J, Walter GF, Slimovitch C et al. Brain neurotransmitter changes in three patients who had a lethal hyperthermia syndrome. Am J Psychiatr 1990; 147: 1358-1363.
6. Guze BH, Baxter LR. Neuroleptic malignant syndrome. N Engl J Med 1985; 313: 163-166.

## Sobre la coordinación atención primaria/ especializada

Sr. Director: En muchas ocasiones se ha hablado de la necesaria coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada, ya que dicha coordinación mejoraría las relaciones entre ambos niveles y contribuiría a aumentar la calidad de la atención prestada; pero no dejamos de encontrarnos los profesionales de AP con situaciones en las que lo

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



que parece que podría ser una mejora para todos se queda en una mejora para los profesionales del hospital, y no así para los de AP, sólo por el hecho de que las decisiones circulan en el único sentido de hospital hacia AP y nunca al revés, ni consensuadas ni retroalimentadas. Siendo dos subsistemas asistenciales que forman parte del propio sistema de salud, y por lo tanto condenados a entendernos, ¿hasta cuándo seguiremos sin tener en cuenta el uno al otro?

Hace unos días se presentó por nuestro laboratorio de referencia el nuevo modelo de petición de analítica; se trata, según quienes lo presentan, de una «hoja grafitada», en la que los peticionarios debemos rellenar una serie de datos de filiación como nombre del paciente, número de afiliación a la Seguridad Social, fecha de nacimiento, sexo, fecha y firma. Por otro lado, las peticiones se realizan rellenando cuadraditos, como si de un examen se tratara, y por fin la clave médica y el código del centro, también rellenando cuadraditos; para identificar la muestra se recurre, lógicamente, a una etiqueta de barras para su lectura óptica. Este «volante de petición» sirve para las peticiones de hematología, bioquímica y orina, quedando vigentes otros modelos para otras peticiones.

En principio, aunque se crea un nuevo modelo de impreso, se eliminan varios, por lo que el resultado parece provechoso para todos; sin embargo, pienso que se ha perdido una oportunidad de realizar un formulario que satisfaga a todos, peticionarios y receptores de éstos, ya que por parte del peticionario digamos que se plantean las siguientes «deficiencias»:

– Se nos hace rellenar a mano los datos de identificación del paciente, cuando lo lógico sería que desde el propio programa TASS, con el que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha dotado a sus centros de AP, se pudiesen imprimir etiquetas con estos datos.

– Se nos obliga a rellenar a mano y de forma reiterativa datos como clave médica y código de centro, lo que se resolvería si en vez de hacerlo a base de «cuadraditos» se hubiera previsto hacerlo también a base de códigos de barras que, o bien serían proporcionados por el programa TASS, o bien por otro sistema adecuado, pero en cualquier caso lo que no parece razonable es que haya que rellenarlos a mano y que además la información haya que proporcionarla por duplicado, ya que es sabido, o debería serlo, que al menos en AP la clave identifica unívocamente a la plaza que ejerce el facultativo peticionario, y por lo tanto al centro; dicho de modo más simple: el código del centro va implícito en la clave médica, claro que esto, como otras tantas cosas de AP, ni se sabe en el hospital ni se pregunta.

– Tampoco está de más recordar que en AP existen las extracciones a domicilio, en cuyas peticiones hay que hacerlo constar y anotar la dirección del paciente, pero como es normal en el hospital o no lo saben o no es demasiado interesante, por lo que en el nuevo formulario no puede expresarse esta circunstancia.

– Por último, en los centros informatizados de Andalucía (todos en breve plazo) la petición de analítica hay que hacerla desde el programa TASS, que nos da una salida en papel (inservible para el laboratorio), posteriormente rellenar la del propio laboratorio y cuando vienen los resultados pasarlos a mano al programa, con la particularidad de que si no se ha solicitado previamente a través del TASS no nos deja introducir los resultados. Engorroso, ¿verdad?, ¿y el tiempo que se tarda?

Este cambio podría interpretarse como que los clientes (peticionarios) están al servicio (rellenan datos de filiación a mano, «cuadriculan» datos de centro y clave médica incluso repetida, pegan etiqueta de códigos de barras) del proveedor (que se encuentra la petición totalmente automatizable), cuando en la actual filosofía del SAS, y de cualquier empresa, es el proveedor quien debe estar al servicio del cliente, siendo uno de sus objetivos principales precisamente su satisfacción.

Probablemente este comentario no habría tenido lugar si, cuando se diseñó el nuevo modelo, hubiesen sido consultados todos los implicados en el circuito, con lo cual estas «deficiencias» se habrían solventado antes de salir a la luz, y todos, peticionarios y receptores, proveedores y clientes, nos habríamos puesto de acuerdo satisfaciendo ambos nuestras necesidades.

Esperamos que estos comentarios sirvan como otro ejemplo de que la coordinación interniveles no debe ser considerada como algo lejano y distante sino, al contrario, cercano y que nos afecta en algo tan simple como realizar la petición de un hemograma, pero también como motivo de reflexión, de forma que cuando se vayan a introducir cambios que puedan afectar a otros profesionales no se hagan de forma unilateral y sin contar con todo el personal implicado en ellos, y en el mejor de los casos como oportunidades de mejora, de forma que al menos se nos evite rellenar unos cuadraditos que por duplicados parecen inútiles, ¿o no?

Sirva también para manifestar una vez más que la coordinación entre niveles ha de ser participativa, acordada, manifestada y consensuada; debemos introducir mejoras para y con la participación de todos.

En AP estamos dispuestos a dialogar, emprender, corregir, mejorar, participar y cada vez menos a ser meras correas de transmisión de otros niveles asistenciales.

**A. Medrano Ortega**
**y R. Moya Santana**
Centros de Salud Utrera-Sur El Coronil
y Cerro del Águila. Sevilla.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



## Arteriopatía periférica: utilización de la técnica Doppler en atención primaria

Sr. Director: La enfermedad vascular periférica afecta a las arterias que irrigan las extremidades inferiores y está originada por la aterosclerosis[1]. La restricción del flujo sanguíneo provoca dolor muscular por isquemia al andar, denominado claudicación intermitente. A medida que progresa la enfermedad, se produce dolor en reposo, ulceración y gangrena. La arteriopatía periférica tiene una prevalencia aproximada de un 10% en la población senil mayor de 70 años[2]. La claudicación intermitente se asocia en un 40% a enfermedad coronaria, con un riesgo tres veces superior de morir a causa de un episodio cardiovascular.

Para calcular los índices Doppler segmentarios pierna/brazo[2] en atención primaria, el Doppler portátil es una prueba instrumental no invasiva muy útil y de uso sencillo. Esta exploración se ha utilizado en nuestro centro durante los dos últimos años para objetivar la arteriopatía periférica. Habitualmente la exploración era realizada por 2 médicos y el resultado final era el consenso de ambos. Asimismo, se hizo un entrenamiento previo para disminuir la posibilidad de cometer sesgos. El presente estudio pretende analizar la utilización en atención primaria de la técnica Doppler como método diagnóstico de arteriopatía periférica en sujetos con sintomatología sugestiva de isquemia de extremidades inferiores.

En los dos últimos años se practicó un Doppler a 33 pacientes (21 varones y 12 mujeres) con una edad media de 71 años (varones, 69; mujeres, 75) con clínica compatible de arteriopatía periférica. Se halló la señal compatible con el sonido arterial pulsátil en cada extremidad inferior, colocando la sonda exploratoria a nivel de la arteria pedia tras aplicar el gel acústico. Seguidamente, se hinchó el manguito neumático, situado en la región supramaleolar, siempre por encima de la presión sistólica registrada en el brazo. Posteriormente se procedió a determinar la presión sistólica distal en la arteria pedia, definida como la presión registrada cuando de nuevo se hace audible el sonido arterial pulsátil, tras deshinchar lentamente el manguito. Finalmente, se obtuvo el índice de Yao o índice tobillo/brazo (T/B), definido como el resultado del cociente entre la presión sistólica del tobillo (en nuestro caso a nivel de la arteria pedia) y la presión sistólica máxima en el brazo según auscultación braquial. Los índices T/B resultantes se muestran en la figura 1. Un 60,6% de los pacientes presentaron índices inferiores a 0,8, considerados claramente patológicos. Los valores entre 0,8 y 0,9 se consideraron en un intervalo límite, y por tanto eran tributarios de un seguimiento periódico. Los pacientes con índices inferiores a 0,6 (42,4%) fueron revalorados en el ámbito hospitalario con una coincidencia diagnóstica del 86% respecto a la valoración previa.

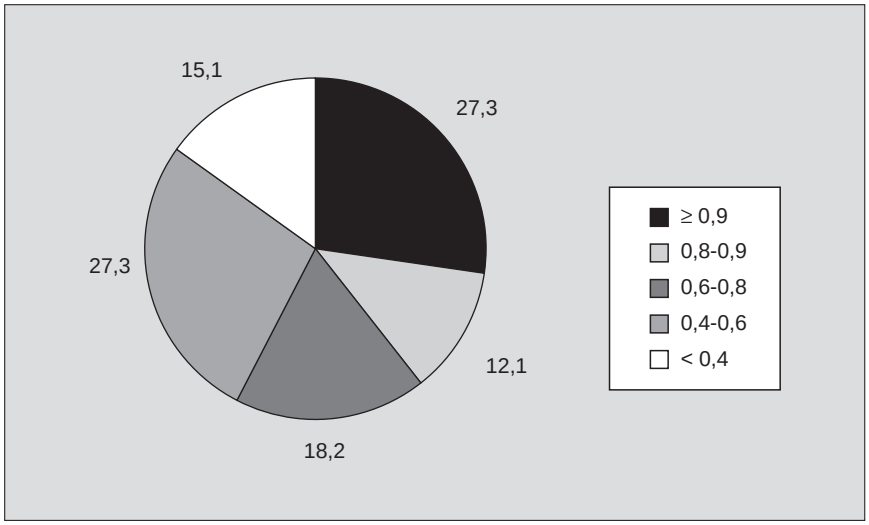


*Figura 1. Resultados: clasificación por el índice Yao (%).*

Existía una elevada prevalencia de tabaquismo (66,6%), hipertensión arterial (60,6%), diabetes mellitus (57,6%), dislipemia (30,3%), cardiopatía isquémica (21,2%) y fibrilación auricular (12,1%). La clínica era más específica en un 60,6% de los pacientes (claudicación intermitente, 45,4%; pulsos alterados, 9%; frialdad, 6,2%), mientras que en un 39,4% se consideró menos específica (molestias en piernas, 21,2%; pesadez-cansancio, 12,1%; parestesias, 6,1%). La exploración de los pulsos pedios (ausentes, 24,2%; débiles, 36,4%; presentes, 39,4%) se asoció con la presencia de arteriopatía periférica en un 100% de los casos cuando se hallaban ausentes, en un 58,3% cuando eran débiles y en un 38,5% cuando estaban presentes ($p < 0,01$). Asimismo, la prevalencia de arteriopatía periférica fue superior ($p < 0,05$) en los pacientes que refirieron la presentación de sintomatología más específica (83,3%) respecto a los que explicaban síntomas más inespecíficos (33,3%). También se asociaron a una mayor probabilidad de arteriopatía periférica ($p < 0,05$) la coexistencia de diabetes mellitus (78,9% frente a 35,7%) y el consumo de tabaco superior a 10 cigarrillos/día (83,3% frente a

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



47,6%). El análisis multivariable mediante la regresión logística permitió sopesar la mayor contribución de la diabetes mellitus y los pulsos pedios alterados, variables que conservaron su asociación estadística con la variable dependiente ($p < 0,05$). El tratamiento prescrito fue: pentoxifilina (30,3%), antiagregantes (30,3%), anticoagulantes (9%). Precisó intervención quirúrgica un 6% de los pacientes. En el 24,4% restante sólo se aconsejó modificaciones del estilo de vida.

Un reciente estudio[3] demostró la fiabilidad de la técnica Doppler para la atención primaria de nuestro ámbito. Se trata de un método validado que presenta una cierta variabilidad. Por ello se aconseja su uso para la sospecha diagnóstica, con menor utilidad para el seguimiento evolutivo. En nuestro caso, demostró su utilidad orientando adecuadamente a la gran mayoría de pacientes, rendimiento superior al referido por algún estudio[4] con población menos senil y que utilizaba un índice T/B inferior como criterio de derivación. Como variables más relacionadas con unos índices T/B patológicos, se han detectado la ausencia de pulsos pedios, la presencia de clínica más específica, la diabetes mellitus y el consumo de tabaco superior a 10 cigarrillos/día. La prevalencia de esta enfermedad es hasta cinco veces superior en la población diabética. A su vez el tabaquismo multiplica entre 3 y 9 veces el riesgo de presentar arteriopatía periférica.

Diversos aspectos sobre la prueba Doppler merecen ser comentados. En primer lugar, diversos autores[5,6] han mencionado la necesidad de no confundir la técnica Doppler con el eco-Doppler, técnica esta última de mayor complejidad. También es importante resaltar la posible existencia de falsos negativos en la técnica de Doppler portátil. Así, la determinación de la presión braquial sistólica por auscultación es menor que la obtenida mediante Doppler, y por tanto puede dar índices T/B falsamente negativos. Además, especialmente en pacientes diabéticos debe tenerse en cuenta la posibilidad de índices T/B falsamente normales por vasos periféricos no compresibles debido a la calcificación de la capa media de la pared arterial[1]. Finalmente, en pacientes con clínica muy sugestiva y un índice T/B normal, se debería repetir la exploración en otras condiciones, debido a la variabilidad del flujo sanguíneo ante cambios de temperatura o esfuerzo físico[1].

Por último, cabe comentar que es necesario utilizar todas las herramientas de que actualmente podemos disponer en nuestro ámbito de trabajo. Así, nuestros resultados demuestran que la técnica Doppler en atención primaria permite orientar adecuadamente a la gran mayoría de pacientes. Por ello, aconsejamos que su uso debe extenderse en este ámbito para mejorar la detección temprana de la arteriopatía periférica.

**S. Lancho Lancho[a], G. Asensio Riera[a], M. Gómez Latre[a], M. Marsà Carretero[a], N. Bastida Bastús[b] y J.M. Segura Noguera[b]**

[a]Residentes de tercer año en Medicina Familiar y Comunitaria. [b]Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Raval Nord. Barcelona.

1. Beard JD. ABC of arterial and venous disease: chronic lower limb ischaemia. BMJ 2000; 320: 854-857.
2. Rimbau V, Piñol C. Claudicación intermitente. Revisión de una enfermedad de prevalencia creciente (I). Clínica, etiología, epidemiología, historia natural y diagnóstico. Med Clin (Barc) 1998; 110: 191-197.
3. Comas Fuentes A, Rodríguez Suárez L, Esteban Herreros A, González-Nuevo Quiñones JP, Álvarez Solar M, García-Cañedo Fernández R et al. Fiabilidad del índice tobillo/brazo para el estudio de la arteriopatía crónica de los miembros inferiores en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 100-104.
4. Pérez Suárez MC, Díaz Escandón C. Uso del índice tobillo/brazo (t/b) obtenido por eco-Doppler como método diagnóstico en arteriopatías periféricas en atención primaria. Aten Primaria 1998; 21: 101-104.
5. Cimas JE. Exploración mediante Doppler en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 191-192.
6. Fernández Antoli P, Canalejo Raya MA. Uso del Doppler portátil en patología vascular en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 467-468.

## Intercepción poscoital

Sr. Director: Hemos leído con atención el original titulado «Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria»[1] y creemos que sería interesante realizar algunas consideraciones.

Entre 1998 y 1999, nuestro servicio de urgencias realizó un estudio sobre demanda de intercepción poscoital (IP) en el punto de atención continuada (PAC) y servicio de urgencias hospitalario (SUH), valorando todas las pautas terapéuticas empleadas (Comunicación en el XIX Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria[2]). Se obtuvieron 80 casos de mujeres que demandaron IP desde el 1 de junio de 1998 hasta el 31 de mayo de 1999. Encontramos algunas diferencias cualitativas en los resultados respecto al artículo que se comenta: un 20% de los profesionales de nuestro estudio utilizó dosificación y tiempo recomendados por la OMS, que es la pauta de Yuzpe[3]: 0,1 mg de etinilestradiol (EE) + 0,5 mg de levonorgestrel (LNG)/12 h durante un día, porcentaje más bajo que el obtenido en el estudio citado[1] (30%). En nuestro estudio un 32% empleó la misma dosificación, manteniéndola 2 días, y un 48% la prolongó hasta 3 días. Un 60% de médicos asoció 10 mg de metoclopramida frente a la cuarta parte en el referido artículo. También nos han

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



llamado la atención los resultados obtenidos respecto a la realización de Gravindex: en nuestro servicio asistencial, al 70% de las mujeres atendidas en el PAC y al 95% de las atendidas en el SUH se les realizó test de gestación previo a la prescripción de la IP, encontrándose negativo en el 100% de las que se aplicó. En contraste con el 83% que en el estudio citado no lo cree necesario. Si revisamos las contraindicaciones absolutas de la administración de IP, encontramos la sospecha de embarazo producido en ciclos anteriores. Kubba et al[4,5] recomiendan recurrir a pruebas o exploraciones complementarias (determinación de β-HCG en orina o sangre, tacto vaginal o ecografía ginecológica). Como conclusión, es evidente que sería conveniente establecer normas de actuación y terapéutica consensuadas entre servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria ante la demanda de IP, debido a la variabilidad de criterios observados. Por tanto, sería aconsejable realizar un plan de actuación consensuado previo a la aplicación de la IP.

Desde luego, coincidimos con los autores en la necesidad de la actualización de los conocimientos en esta cuestión de todos los profesionales implicados. Sería deseable ofertar esta posibilidad desde cualquier tipo de servicio asistencial (centros de atención primaria, servicios de orientación familiar, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). No debemos olvidar que la IP no es un método de rutina, sino un método de uso en situaciones con alta probabilidad de gestación no deseada, pero parece ser de gran aceptación entre las adolescentes[6]. Es frecuente, sobre todo en solicitantes muy jóvenes, que este tipo de demanda sea su primer acercamiento al sistema sanitario como sujetos responsables, lo que hay que valorar en su medida justa, pues del modelo de respuesta recibido pueden depender, en parte, las relaciones posteriores con dicho sistema. Además se debería aprovechar la demanda de IP para informar y educar sobre uso de métodos anticonceptivos en esta población.

**M.C. Antón Sanz[a]**
**y A. Sánchez Calso[b]**

[a]Centro de Salud Villacerrada. Unidad Docente de Albacete.
[b]EAP Collado-Villalba II. Área 6. Madrid.

1. Carlón R, García RF, González A, Martínez MM, Suárez P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 595-599.
2. Antón Sanz MC, Sánchez Calvo A, Álvarez Aragón J, Corredor Ibáñez MT, Mayor Raceso G. ¿Quién y cuándo demanda la intercepción poscoital en el ámbito rural? Aten Primaria 1999; 24: 278-279.
3. Yuzpe AA, Smith PR, Radenmayer AWA. A multicenter clinical investigation employing ethinylestradiol combined with dl-norgestrel as a poscoital contraceptive agent. Fertil Steril 1982; 37: 508-513.
4. Kubba AA. Hormonal poscoital contraception. Eur J Contracep Reprod Health Care 1997; 2: 101-104.
5. ACOG practice patterns. Emergency oral contraception. Int J Gynecol Obstet 1997; 56: 290-297.
6. Bajo JM, Vilar E, Huertas MA. Contracepción poscoital. Intercepción. En: Bajo JM, Vilar E, editores. Contracepción. Regulación de la fertilidad. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1991; 313-331.

## Sobre intercepción poscoital

Sr. Director: El artículo de Carlos López et al[1], publicado recientemente en su revista, ha traído a primer plano un tema de alta actualidad, es decir, el uso de «la píldora del día después» o píldora poscoital (PPC). Terminaban los autores su artículo mencionando que la libre comercialización de la píldora poscoital, sin necesidad de prescripción médica, ya se había realizado en otros países y no había existido abuso en su utilización, facilitando de esta manera el acceso de las posibles usuarias, siempre y cuando se les instruyera adecuadamente en su manejo. Estamos de acuerdo con estos autores, pero creemos que la manera de combinar la libre comercialización de la PPC, y la seguridad debe realizarse con la implicación directa del farmacéutico.

Según noticias publicadas en la prensa, citando fuentes del Ministerio de Sanidad, este medicamento se comercializará a principios de este año, pero con el estatus de medicamento dispensable exclusivamente con receta médica.

En las farmacias españolas es muy común, especialmente los días de guardia (viernes, sábado y domingo), que se pida la píldora del día después. Si el ministerio insiste en que sólo sea dispensado con receta médica, las futuras usuarias no podrán disponer de dicho medicamento en las horas en las que los centros de salud y los centros de promoción de la salud permanecen cerrados. Los sistemas de urgencia de los hospitales no suelen ser comprensivos con este tema, según nos manifiestan los afectados, y además no hacen recetas.

Otros países de nuestro entorno han adoptado una postura más abierta para enfrentarse al grave problema de los embarazos no deseados en adolescentes. Sin ir más lejos, Francia ha permitido la venta libre, como medicamento sin receta médica, e incluso se va a dar libremente en las escuelas e institutos por parte de la enfermera de dichos centros. En Alemania se dispensa en las farmacias sin receta médica. En el Reino Unido, debido a su particular legislación sobre medicamentos, se ha permitido utilizar una «tercera vía», que podría considerarse la más segura y efectiva para los futuros usuarios. Esta opción ha sido apoyada por la mayoría de las organizaciones médicas británicas[3]. Los farmacéuticos británi-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



cos, ante la petición de la PPC, realizan una pequeña entrevista para asegurarse de que no existen contraindicaciones, y si existen derivarán a la usuaria a un centro adecuado. Esta entrevista tiene que realizarse en una zona que permita la privacidad.

En Estados Unidos, algunas experiencias han demostrado que el acceso directo de este medicamento en las farmacias ha permitido evitar 700 embarazos, y de éstos seguramente la mitad hubieran acabado en abortos[3].

Sabemos que el uso de medicamentos puede llevar aparejados problemas (reacciones adversas, hospitalizaciones, muertes, etc.) a los propios usuarios[4], por lo que deberíamos encontrar una fórmula intermedia entre el derecho de los usuarios a acceder a los medicamentos y el control racional. En España, se le podría dar la categoría de medicamento con receta médica, permitiendo al farmacéutico también, siempre y cuando siga las directrices de protocolos o guías de actuación consensuados con médicos, indicarlo y dispensarlo si no existen contraindicaciones[2]. También se podría pensar en una acreditación de determinadas farmacias (realización de un curso sobre el tema, tener en la farmacia una zona confidencial, seguir protocolos adecuados, etc.) para que puedan asesorar convenientemente a la paciente y puedan derivar al médico o al centro correspondiente los casos necesarios a través de algún tipo de informe de derivación.

En resumen, lo que debemos tratar es que los futuros usuarios no pierdan el derecho al acceso a los medicamentos, sea cuales sean éstos, pero que esto se realice con control para mayor seguridad de la población. En definitiva, además de los centros de salud, centros de promoción de la salud (planificación familiar), se aprovecharían otros centros sanitarios (oficinas de farmacia), de tal manera que lo que algunos farmacéuticos vienen haciendo lo realicen de una manera legal y con el respaldo de sus colegas, los médicos, y de la Administración. El beneficio, no cabe duda, será para los usuarios, que es lo único que nos debe importar.

**J.A. Barbero González***
**y L.M. Barroso Bayón**
Farmacéuticos comunitarios.
*Miembro de la REAP. Madrid.

1. Carlón López R, García Houghton RF, González Varela, Martínez Suárez MM, Suárez Gil P. Intercepción poscoital hormonal: estudio sobre actitudes y prescripción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 200; 26: 595-599.
2. Matheson CI, Smith BH, Flett G, Bond CM, Kennedy EJ, Michie C, Duthie I. Over-the-counter emergency contraception: a feasible option. Family Practice 1998; 15: 38-43.
3. Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med 2000; 9: 642-646.
4. Otero López MJ, Bajo Bajo A, Maderuelo Fernández JA, Domínguez-Gil Hurlé A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias. Rev Clin Esp 1999; 199: 796-805.

## Seguridad y confidencialidad con el uso del ordenador en la consulta: ¿conocemos la ley?

Sr. Director: Es indiscutible el avance que supone para nuestra práctica clínica el uso del ordenador. El documento publicado por la semFYC sobre informática en atención primaria[1] no sólo así lo constata, sino que llega a definirlo como «el cambio del bolígrafo por el ordenador».

Un aspecto que consideramos potencialmente conflictivo es la adecuación legislativa que garantice la confidencialidad y seguridad de los datos utilizados, preocupación que también se recoge en un reciente editorial de su revista[2] y que hemos podido confirmar en un estudio realizado en nuestro ámbito. Aportamos sus resultados más relevantes por si fuera de su interés.

Quisimos conocer la opinión de los miembros del equipo de atención primaria tras un año de experiencia con el programa OMI-AP 4.0. Realizamos un estudio descriptivo transversal. Se encuestó a los 36 trabajadores del centro (médicos, enfermería, administrativos y celadores) a los que se les había impartido un curso formativo previo a la introducción del uso del programa. Recogimos información sobre la experiencia previa y actual (hasta junio 2000) con ordenadores, opinión sobre su utilidad, ventajas e inconvenientes derivados de su uso y preocupación sobre temas conflictivos recogidos de la bibliografía[3,4] (aceptación por el paciente del uso del ordenador, consentimiento informado para la introducción de datos, garantía de confidencialidad de la información registrada y protección de ésta). Se completó con preguntas abiertas que recogían otros problemas y las soluciones propuestas. Utilizamos un test tipo Likert con 5 categorías: nada, poco, algo, bastante y mucho. Se aplicó estadística descriptiva comparando diferencias de proporciones entre grupos mediante el test de ji-cuadrado. Se agruparon las categorías poco-nada y bastante-mucho para la exposición de resultados.

Obtuvimos una tasa de respuesta del 86% (31 cuestionarios completos). Sólo un 10% de los encuestados consideró que el ordenador ayudaba poco o nada en su trabajo, y casi el 50% opinaba que el paciente acepta su uso en la consulta. Existía una preocupación notable sobre los vacíos legales (68%), confidencialidad (45%) y seguridad (42%) en el mantenimiento de los datos. La mayor utilidad se encontró en la asignación de citas (70%) y realización de re-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.



cetas (68%) (este último fue el único ítem en el que se encontró una diferencia significativa entre distintos profesionales, siendo más valorado por los médicos que por las enfermeras). Así mismo destacó la facilidad para consultar la historia clínica (61%), realizar protocolos (52%) y la evaluación o estadística mensual (52%). Los principales problemas se centraron en la lentitud para introducir datos en el programa (42%), bloqueos del sistema informático (58%) y dificultades con la impresora (32%). También se señalaron complicaciones no inhabituales derivadas de cortes del fluido eléctrico (39%).

Concluimos que el sistema informático de nuestro centro, en concreto la aplicación OMI-AP 4.0, es considerado un elemento útil, aunque se demandan mejoras que le aporten mayor rapidez y simplicidad para el registro de los datos. Llama la atención el gran interés de los profesionales por la formación en el manejo de programas informáticos y su incorporación al quehacer diario. Por otra parte, no todos los problemas detectados fueron atribuibles al programa (hubo mejoría con la última versión OMI-AP 4.5, incorporada después de la realización de este trabajo; actualmente usamos la 4.8) y sí a la inadecuación estructural (capacidad del disco duro, rapidez del procesador, líneas eléctricas independientes, alimentadores y estabilizadores de corriente, entre otros). La persistencia de estos problemas debería provocar la reflexión de los gestores antes de incorporar nuevas tecnologías sin la previsión estructural necesaria.

Por último, al igual que en la bibliografía encontrada, observamos una notable preocupación sobre los vacíos legales relacionados con la seguridad en el mantenimiento de los datos y garantía de la confidencialidad. En este sentido, mencionamos la ambigüedad del texto legal (la Ley de Protección de Datos de diciembre de 1999[5] no fue referenciada en el documento semFYC por ser redactada posteriormente; sí lo fue la Ley de mayo de 1992, de igual temática[6]) sobre la pertinencia del consentimiento informado necesario para la introducción de datos o su facilitación a terceros: artículos 6-2, 8, 11-1.c y 12, referidos al consentimiento, datos relativos a la salud, comunicación de los datos y acceso a éstos por cuenta de terceros. Aunque la Ley aporta pocas variaciones sobre el texto precedente, endurece las penas por su incumplimiento.

Concretamente, planteamos las siguientes cuestiones:

1. ¿Es necesario pedir consentimiento informado al paciente para poder registrar información suya en la base de datos?
2. ¿En todo caso, deberíamos advertirle de que sus datos entran en un fichero informatizado susceptible de uso por terceros no autorizados?
3. ¿Conocemos las medidas de seguridad de los sistemas informáticos que utilizamos?
4. ¿Quién es responsable de su cuidado?

En nuestro caso, requerido el apoyo del sistema de atención al usuario –para sistemas informáticos– del INSALUD, creemos haber superado los requisitos de seguridad enunciados en el documento semFYC[1], pero consideramos necesario favorecer medidas tendentes a la confidencialidad de los datos.

Lo expresado nos hace valorar la pertinencia de una nueva revisión del documento semFYC a la luz de las recientes modificaciones legislativas, previendo futuras demandas legales que pudieran recaer sobre la institución o los profesionales que almacenar los datos médicos. Ignoramos si el INSALUD, las autonomías o las organizaciones colegiales han detectado este problema y han hecho estimaciones sobre las consecuencias de la aplicación futura de la Ley, en defensa de los derechos y deberes de los pacientes... y de los sanitarios.

**S. Núñez Palomo, E. Calvo Corbella, T. Alameda Arellano y Y. Zuriarrain Reyna**

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid.

1. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskizaga A et al. Informatización en la atención primaria (I). Aten Primaria 2000; 26: 488-507.
2. Alonso López FA y Grupo de trabajo semFYC sobre Informatización de la semFYC. El desafío de la informatización en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 437-438.
3. Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzábal Camio JI, Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico paciente los ordenadores en la consulta? FMC 1999; 9: 571-575.
4. Sullivan F, Mitchell E. Has general practioner computing made difference to patient care? A systematic review of published reports. BMJ 1995; 311: 848-845.
5. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre de 1999. BOE de 16 de diciembre de 2000.
6. Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal, de 29 de octubre de 1992. BOE de 16 de diciembre de 1992.