

ORIGINALES

UTILIDAD PARA LA PLANIFICACION DE SERVICIOS Y EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UN REGISTRO DE MORBILIDAD

Luis González Luján, Ana Costa Alcaraz, Fernando Morais de la Horra, Victoria Candela Delegido, Nidia Fernández Ruiz y Alfredo Ballester

Centro de Salud de Nazaret, Valencia

RESUMEN

Fundamento: Los objetivos del estudio son: 1) Conocer los motivos de consulta principales y secundarios; 2) Obtener las Tasas de incidencia y prevalencia de los problemas de salud de la población atendida; 3) Explorar la utilidad de un registro de morbilidad, selectivo de ciertos motivos de consulta para elaborar algunos indicadores de calidad asistencial.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, con emplazamiento en un Centro de salud urbano (Nazaret, Valencia) en el medio de Atención Primaria. Los participantes se extraen mediante muestreo aleatorio de las visitas realizadas durante un año (n=2898). Registrándose la edad, sexo, fecha, número de historia, y motivos de la consulta, si es el motivo principal, secundario, nuevo o conocido.

Resultados: Del conjunto de problemas registrados, los burocráticos (prescripción de recetas) suponen el 11,6 % (IC_{95%}: 10,4 ± 12,8), los partes de baja laboral el 5,1 % (IC_{95%}: 4,3 ± 5,9). Entre la población atendida destaca una Tasa de incidencia * 10⁵ pacientes año en las IRS de 12584,3, bronquitis aguda 2516,8, siendo los problemas de máxima prevalencia los motivos burocráticos y atención de patologías crónicas.

Conclusiones: Un registro de morbilidad con las características señaladas permite conocer fielmente los problemas de la población atendida, y valorar algunos aspectos de calidad asistencial realizada (casos de enfermedades evitables con vacunación, cargas burocráticas asistenciales, realización de actividades de educación sanitaria en consulta...), máxime si estos muestreos se realizan periódicamente.

Palabras Clave: Calidad Asistencial. Atención Primaria. Morbilidad Atendida. Planificación de Servicios.

ABSTRACT

Service Planning Usefulness and Assessment of Quality Assistance in a Morbidity Registry

Background: Objective. 1. To know the primary and secondary chief complaints. 2. To obtain health problems incidence and prevalence rates of the population attended. 3. To evaluate the usefulness of a selective morbidity registry, of certain complaints in order to elaborate assistance quality indicators.

Methods. Design: Descriptive cross-sectional study. Site: Health urban center (Nazaret, Valencia) for primary assistance. Participants: Randomized sample of patients attended during a year (n=2898). Age, sex and case history number were recorded as well as whether the complaint was chief, secondary, new or known.

Results. Among all the problems recorded, the bureaucratic ones (prescriptions) accounted for 11.6 % (IC_{95%}: 4.3 ± 12.8), working disability certificates due to health being 5.1 % (IC_{95%}: 4.3 ± 5.9). Among the patients attended there was an incidence rate of 10⁵ year patients in the acute respiratory infections of 12584.3, acute bronchitis was 2516.8 showing the highest prevalence those regarding administrative sources and attention of chronic pathologies.

Conclusions: A morbidity record with the characteristics mentioned leads to the knowledge of the problems of the population attended and to assess some aspects of assistance quality (disease cases avoidable by vaccine, assistance administrative charge, health training activities during the consult...), especially when these sampling are performed periodically.

Key Words: Assistance Quality. Primary Health Care. Attended Morbidity. Service Planning.

INTRODUCCION

Una de las prioridades que debe marcarse cualquier Equipo de Atención Primaria

(EAP) es adecuar sus actividades a las necesidades de la población, y para ello, una vez asentado su funcionamiento, puede ser de máximo interés la realización de estudios de morbilidad atendida en su zona de salud¹. De otro lado, la monitorización de este tipo de información a lo largo del tiempo convierte estos registros en instrumentos adecuados para evaluar el funcionamiento del centro, el logro de objetivos asistenciales o el impacto sobre la demanda asistencial de reformas organizativas implantadas y, finalmente, la comparación de los resultados obtenidos con los de otros centros similares o estándares de referencia puede facilitar la detección de problemas potenciales de calidad asistencial^{2,3}.

A partir de estas consideraciones nos planteamos en este estudio los siguientes objetivos: 1) Conocer los motivos de consulta principales y secundarios. 2) Obtener las Tasas de incidencia de los problemas nuevos y la prevalencia de los ya conocidos entre la población atendida. 3) Explorar la utilidad de un registro de morbilidad selectivo, de ciertos motivos de consulta para elaborar algunos indicadores de calidad asistencial.

MATERIAL Y METODO

El estudio se realiza en el medio de Atención Primaria, en una zona de salud urbana, Nazaret (Valencia), con una población de 6.749 personas en el Padrón Municipal de 1991, aunque la población real atendida es mucho mayor (próxima a las 9.500 personas) al incluir núcleos anexos, basándonos en registros internos del centro, siendo una de las zonas más deprimidas de la capital, con una población analfabeta o con estudios primarios incompletos en el 42,6 % de población mayor de nueve años^{4,5}. Esta población es atendida por cuatro médicos generales y un pediatra.

El registro se realizó mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio, estratificado para cada médico general y pediatra, el registro era diario. La fracción de muestreo

se obtuvo a partir del estudio del número total de visitas atendidas por cada médico durante el año anterior, con ello conseguimos que el muestreo reflejase las diferencias entre el número total de visitas que cada médico veía durante el año y las oscilaciones de éstas a lo largo de un año. Estas submuestras son proporcionales al peso global de cada estrato (número de visitas atendidas por cada médico). El registro incluye tanto las visitas de cita previa como de pacientes crónicos, pero no las visitas a domicilio. Las visitas eran seleccionadas a partir de la hoja de cita previa diaria, durante un año (1-7-91 al 31-6-92), con estratificación para cada médico para obtener un registro de aquellos problemas de salud, atendidos en las consultas del C.S. de Nazaret con una frecuencia de presentación menor o igual al 15 %, con una confianza del 95 % ($\alpha = 0.05$) y un error del 1.3 % para el conjunto de la estimación ($n=2898$), aunque, lógicamente, éste error es mayor para cada uno de los médicos. El número total de visitas realizadas en el período de estudio fueron 55.974. El número total de historias clínicas existentes en Julio de 1991 era de 5.551 en total (81,7 % de la población censal).

De cada visita se registró: médico asignado, fecha de la visita, número de historia clínica, obteniendo a partir de ésta la edad, sexo, los motivos de consulta (hasta un máximo de cinco), especificando para cada uno de ellos si éste era el principal o el secundario, así como si era nuevo o conocido.

La unidad de análisis elegida es la visita médica (con repetición de individuos). Se definió como *problema principal* el estudiado en la consulta que el profesional consideraba como el más importante en esa consulta. El problema principal es, por definición, único en cada visita y, junto a él, se recogen el conjunto restante de problemas de cada visita, a los que denominamos *problemas secundarios*, accesorios o concurrentes, es decir el resto de problemas estudiados que no son el problema principal observado en la consulta.

Se definió como *problema nuevo* la primera presentación de un problema, inclu-

yendo la primera presentación de la recidiva de uno previamente resuelto. Consideramos *problema conocido* aquel previamente tratado que requiere atención continuada (es decir está activo), incluyendo el seguimiento de un problema y también la presentación inicial de un problema previamente tratado por otro médico⁶.

Si no hay ninguno marcado como principal, se asume que todos son secundarios, y de no haber ninguno señalado como nuevo, consideramos que todos son ya conocidos.

Calculamos: a) la prevalencia de los problemas principales ya conocidos (numerador: número de casos que presentan un determinado problema ya conocido; denominador: número de pacientes distintos atendidos y seleccionados en el muestreo); b) las tasas de incidencia de los problemas de salud atendidos (numerador: número de problemas nuevos de un determinado tipo que se presentan a lo largo del año; denominador: número total de pacientes distintos seleccionados en el muestreo); c) frecuencia de problemas en cada visita. Estos cálculos harán referencia sólo a la población atendida.

La codificación mediante la CIPSAP-2-Definida del registro literal de todos los problemas de salud la ha realizado una sola persona, para unificar los criterios de registro se realizaron tres sesiones previas al inicio del estudio y otras a lo largo del mismo entre los participantes, para ir valorando las dudas y unificar tanto criterios de registro como de codificación que aparecían en él. La informatización de los datos se realizó en DBASE y el análisis estadístico con el programa SPSS/PC, se presentan los IC 95 % de las Tasas de incidencia * 10⁵ pacientes/año y la prevalencia período por 100 pacientes/año obtenidas.

RESULTADOS

Se registraron 2.780 visitas (de las 60.756 realizadas en el período de estudio), siendo el 54,35 % de las visitas generadas por mujeres y el 43,99 % hombres, existe un 1,66 % sin re-

gistro de esta variable. Por grupos de edad el 9,9 % de las visitas fueron de niños menores de un año, el 12,52 % de uno a siete, el 8,13 % de ocho a catorce, el 27,16 de 15 a 44, el 35,43 % de 45 a 64, finalmente el 16,15 % de las visitas para mayores de 65 años. No se registró la variable sexo y edad en el 6,2 % y 5 % respectivamente de dichas visitas.

Estas 2.780 visitas, han generado un total de 4.230 problemas codificados, existiendo por tanto 1,5 problemas registrados por visita. Del total de problemas codificados, el 55,3% fueron problemas principales y el 41,9 % problemas nuevos. Recordemos que en cada visita sólo podía haber un único o ningún problema principal, y uno, varios o ningún problema nuevo. Fueron a su vez problemas principales y nuevos el 23,6 %

Estas 2.780 visitas, presentaban un único problema codificado en el 59,8 % (n=1663), dos el 28,8 % (n=801), tres el 8,6 % (n=240), cuatro el 1,5 % (n=43) y, finalmente, cinco el 0,5 % (n=13).

En relación a los 2.225 pacientes distintos recogidos en el muestreo, acumulan un total de 3.357 problemas registrados (de los cuales 1.422 son conocidos y 1.762 nuevos). Por sexos estos 2.225 pacientes son mujeres en el 57,3 % y hombres en el 42,7 % .

En la Tabla 1, presentamos la frecuencia global de problemas por grupos de la WONCA y sexo, del conjunto de visitas registradas. En la Tabla 2 se presenta la frecuencia global de problemas que tienen mayor peso pero del conjunto de pacientes distintos.

En la Tabla 3 se presenta la frecuencia global de problemas registradas sobre el total de visitas. El patrón de problemas principales diferenciado sobre el total de visitas se expone en la Tabla 4. La frecuencia de problemas nuevos como motivo de consulta, junto con la Tasa de incidencia por 10⁵ pacientes/año se presenta en la Tabla 5. La relación de problemas, ya conocidos, más frecuentes que han sido motivo de consulta con su prevalencia período * 100 pacientes año se detalla en la Tabla 6 .

TABLA 1

Frecuencia de problemas por grupos de la WONCA y sexo, del total de visitas registradas en el muestreo anual (n = 2780)

Grupos de la WONCA	Sexo (%)		Total (%)
	M	H	
I. Enf. infecciosas y parasitarias	44,2	55,8	5,3
II. Neoplasias	45,5	54,5	0,8
III. Enf. Endocri. Nutricio. Metabólicas	55,5	44,5	5,3
IV. Enf. de la sangre	75,0	25,0	1,4
V. Enf. mentales	58,8	41,2	3,5
VI. Enf. S. nervioso, org. de los sentidos	54,9	45,1	5,2
VII. Enf. del aparato circulatorio	62,5	37,5	4,7
VIII. Enf. del aparato respiratorio	52,4	47,6	20,0
IX. Enf. del aparato digestivo	56,1	43,9	5,8
X. Enf. del aparato genitourinario	73,6	26,4	3,3
XI. Embarazo, parto, puerperio	100,0	—	0,2
XII. E. piel y tejido cel. subcutáneo	50,6	49,4	4,0
XIII. Aparato locomotor y T. conectivo	59,0	41,0	6,2
XIV. Anomalías congénitas	27,3	72,7	0,3
XV. Morbimortalidad perinatal	40,0	60,0	0,1
XVI. Sig. sint. patolog. mal definidos	57,8	42,2	14,2
XVII. Lesiones y efectos adversos	51,4	48,6	2,7
XVIII. Clasificación suplementaria	63,4	36,6	17,2

M: mujer; H: hombre.

Sobre el conjunto total de visitas registradas en el muestreo obtenemos el indicador:

Relación de Problema Conocido/Problema Nuevo (RPC/PN) del total de visitas realizadas (RPC/PN) = 1.38.

Sobre el conjunto total de pacientes distintos registrados en el muestreo obtenemos el indicador:

Relación de Problema Conocido/Problema Nuevo (RPC/PN) del total de pacientes distintos registrados (RPC/PN) = 0.81.

TABLA 2

Frecuencia de problemas (n = 3357) por grupos de la WONCA y sexo, del total de pacientes distintos registrados en el muestreo anual (n = 2225)

<i>Grupos de la WONCA</i>	<i>Sexo (%)</i>		<i>Total (%)</i>	<i>(n)</i>
	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>		
I. Enf. infecciosas y parasitarias	47,2	52,8	5,2	163
II. Neoplasias	52,0	48,0	0,8	25
III. Enf. Endocri. Nutricio. Metabólicas	55,2	44,8	5,5	172
IV. Enf. de la sangre	76,0	24,0, 1,6	50	
V. Enf. mentales	61,8	38,2	3,2	102
VI. Enf. sist. nervioso, órganos de los sentidos	54,9	45,1	5,1	162
VII. Enf. del aparato circulatorio	61,2	38,8	4,7	147
VIII. Enf. del aparato respiratorio	52,4	47,6	19,5	614
IX. Enf. del aparato digestivo	56,9	43,1	5,7	181
X. Enf. del aparato genitourinario	72,0	28,0	3,4	107
XI. Embarazo, parto, puerperio	100,0	0,0	0,2	7
XII. Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo	47,7	52,3	4,1	130
XIII. Enf. del aparato locomotor y tejido conectivo	60,2	39,8	6,2	196
XIV. Anomalías congénitas	11,1	88,9	0,3	9
XV. Morbimortalidad perinatal	40,0	60,0	0,2	5
XVI. Sig. sint. estad. patológicos mal definidos	57,6	42,4	13,9	439
XVII. Lesiones y efectos adversos	49,5	50,5	3,0	93
XVIII. Clasificación suplementaria	64,1	35,9	17,4	548

El análisis de datos en este registro de morbilidad, aporta también información sobre los resultados —impacto— de algunos programas y procedimientos de trabajo, implantados en el centro en relación al proceso asistencial.

DISCUSION

La primera reflexión a señalar es que los datos sólo hacen referencia a la población atendida, si asumimos que la inmensa mayo-

TABLA 3

Códigos frecuentes de la CIPSAP-2-Definida, registrados sobre el total de visitas del muestreo anual (n = 2780).
Se presentan con el IC 95%

Código	Clasificación de la WONCA Concepto del problema	% global ambos sexos (n = 4230 reg. problemas)	IC 95% (± %)
348.	Recetas, cartas, formularios.	11,6	± 1,2
133.	IRS.	11,2	± 1,2
380.	Partes de ILT. *	5,1	± 0,8
51.	Prueba analítica anormal.	2,6	± 0,6
138.	Bronquitis y bronquiolitis aguda.	2,5	
56.	Alteración Lípidos.	2,2	
120.	HTA no complicada.	1,9	
50.	Diabetes Mellitus.	1,9	
102.	Otitis media serosa aguda y crónica.	1,7	± 0,5
238.	Dolor de espalda sin irradiación.	1,7	
349.	Derivación sin consulta o exploración.,	1,2	
299.	Otros resultados anormales de pruebas.	1,2	
288.	Dolor o rigidez en articulaciones,	1,1	± 0,4
72.	Depresión.	1,1	
338.	Exploración Médica a sano/asintomático.	1,1	
135.	Amigdalitis Aguda.	1,1	
55.	Obesidad.	0,9	
153.	Otras enf./alt. estómago y duodeno.	0,9	
170.	Cistitis e infecciones urinarias NE.	0,9	
235.	Síndrome de columna cervical.	0,9	
327.	Hematoma, Confusión, Aplastamiento.	0,9	
2.	Sospecha enf. intestinal infecciosa.	0,9	
144.	Asma.	0,8	
148.	Enf. dientes y su soporte.	0,8	
286.	Dolor y otros síntomas de miembros.	0,8	
4.	Tuberculosis (infección).	0,8	
58.	Anemia ferropénica.	0,8	

(*) Incluido en el Código 348.

TABLA 4

Frecuencia de los problemas principales por códigos de la CIPSAP-2-D, del total de visitas del muestreo anual (n = 2780)

Código	Clasificación de la WONCA Concepto del problema	% global ambos sexos (n = 2338 registros de problemas principales)
133.	IRS.	14
348.	Recetas, cartas, formularios.	4,8
380.	Partes de ILT. (* Cod. 348).	4,1
138.	Bronquitis Aguda.	3,2
102.	Otitis media serosa aguda y crónica.	2,4
120.	HTA no complicada.	2,3
56.	Alteración Lípidos.	2,2
51.	Prueba analítica anormal.	2,0
50.	Diabetes Mellitus.	1,8
238.	Dolor de espalda sin irradiación.	1,8
135.	Amigdalitis Aguda.	1,6
144.	Asma.	1,4
170.	Cistitis e infecciones urinarias NE.	1,3
338.	Exploración Médica a sano/asintomático.	1,3
2.	Sospecha enf. intestinal infecciosa.	1,3
153.	Otras enf. estómago y duodeno.	1,2
72.	Depresión.	1,2

ría de la patología de la zona es atendida en el CS (lo que es muy probable dadas las características de la zona y la no existencia de asistencia privada en ella), podríamos sustituir los denominadores, pero entonces debemos tomar otra decisión ¿que denominador utilizar?: el conjunto de la población de Nazaret (6.749 habitantes reflejados en el padrón municipal de 1991), en cuyo caso bajarán las prevalencias e incidencias obtenidas y sus

correspondientes tasas, o la población realmente atendida próxima a los 9.500 personas según los registros internos del centro (disminuyendo aún más dichos indicadores). Este eterno problema ya señalado por otros autores⁷, esperamos se solucione cuando se implante definitivamente la Tarjeta de Asistencia Sanitaria individualizada. Tampoco deberíamos olvidar que una potencial fuente de sesgo es la no detección de determinadas

TABLA 5

Tasas de incidencia por 10⁵ pacientes año de los problemas más frecuentes. Codificación de la CIPSAP-2-D

Código	Clasificación de la WONCA Problema	% global ambos sexos (n = 1775 problemas nuevos)	Tasa Incidencia (1) * 10 ⁵ pacientes/año
133.	IRS (#).	19,7	12584.3
138.	Bronquitis Aguda.	3,9	2516.8
102.	Otitis media serosa aguda y crónica.	2,7	1752.8
135.	Amigdalitis Aguda.	2,1	1348.3
238.	Dolor de espalda sin irradiación.	2,0	1258.4
348.	Recetas, cartas, formularios.	1,9	1213.5
327.	Hematoma, Confusión, aplastamiento.	1,6	1033.7
2.	Sospecha enf. intestinal infecciosa.	1,5	988.8
7.	Faringitis estreptocócica.	1,4	898.7
170.	Cistitis e infecciones urinarias NE.	1,4	898.9
153.	Otras enf./alt. estómago y duodeno.	1,3	853.9
380.	Partes de ILT. * (Cód. 348).	1,3	808.9
149.	Enf. de la boca, lengua y gland. salivares.	1,2	764.0
148.	Enf. dientes y su soporte.	1,1	719.1
24.	Dermatofitosis y dermatomicosis	1,1	674.2
288.	Dolor o rigidez en articulaciones,	1,1	674.2
137.	Laringitis y traqueitis aguda.	1,0	629.2
56.	Alteración Lípidos.	0,9	584.3
286.	Dolor y otros síntomas de miembros.	0,9	584.3
51.	Prueba analítica anormal.	0,8	539.3
92.	Conjuntivitis.	0,8	539.3
120.	Hipertensión no complicada.	0,8	539.3
144.	Asma.	0,8	539.3
273.	Anorexia.	0,8	539.3
279.	Dolor abdominal.	0,8	539.3
295.	Malestar, fatiga, cansancio.	0,8	539.3

(1) El denominador de la Tasa de Incidencia son los 2.225 pacientes distintos registradas en el muestreo anual.

(*) Cód. desdoblados.

(#) Cód. recogidos en las EDOs.

TABLA 6

Prevalencia período * 100 pacientes/año, de los problemas conocidos (n = 1422) más frecuentes. Codificación de la CIPSAP-2-D

Código	Clasificación de la WONCA Definición del problema	Global ambos sexos (n = 1422 prob. conocidos)	Prevalencia Período (1) * 10 ² pacientes
348.	Recetas , cartas, formularios. *	19,1	16,6
380.	Partes de ILT. (* Cod. 348)	7,1	6,2
133.	IRS.	4,8	4,1
51.	Prueba analítica anormal.	3,8	3,3
56.	Alteración Lípidos.	3,2	2,7
120.	HTA no complicada.	2,8	2,4
50.	Diabetes Mellitus.	2,9	2,4
338.	Exploración Médica a sano/asintomático.	1,7	1,5
55.	Obesidad.	1,6	1,3
299.	Otros resultados anormales de pruebas.	1,5	1,3
349.	Derivación sin consulta o exploración	1,5	1,3
138.	Bronquitis y bronquiolitis aguda.	1,4	1,2
238.	Dolor de espalda sin irradiación.	1,4	1,2
235.	Síndrome de columna cervical	1,3	1,2
72.	Depresión.	1,2	1,1
288.	Dolor o rigidez en articulaciones	1,2	1,0

(1) El denominador de la Prevalencia son los 2225 pacientes distintos recogidos en el muestreo anual.

patologías o su etiquetado erróneo por defecto o exceso. Se han realizado múltiples registros de morbilidad, atendida tanto en el ámbito rural como urbano y en diferentes medios asistenciales^{8,9} desde el primero realizado en el Reino Unido (Logan WPD. Cuhion AA. 1958), pero, en general, sólo describen la morbilidad atendida, por ello la segunda cuestión que podemos valorar es ¿qué nos puede aportar un registro de morbilidad

atendida desde la perspectiva de la planificación de servicios y evaluación de calidad asistencial?, la contestación es su utilidad potencial como instrumento para valorar ciertos aspectos del funcionamiento del CS (actividad burocrática en consulta), el logro de objetivos asistenciales (porcentaje de consultas con actividades preventivas, consejo, exploración sobre población sana etc.) y finalmente del impacto que sobre los dis-

tintos tipos de demanda asistencial puedan ejercer las reformas organizativas y los programas puestos en marcha en el CS, (seguimiento de patologías crónicas: HTA, DM, Hiperlipemias, Obesidad, EPOC...), todo ello en mayor medida si dicha valoración se realiza mediante micromuestras continuas en el tiempo, que sin generar sobrecargas de trabajo permitan monitorizar los cambios que se puedan ir estableciendo.

Para este fin ha sido de utilidad la clasificación de la WONCA de problemas de salud (CIPSAP-2-Definida. 1983), aunque consideramos que presenta algunas insuficiencias como son la codificación conjunta de infección y enfermedad tuberculosa (Cód. 4), todas las hepatitis conjuntamente (Cód. 15), no existir código para el SIDA, entre otras que deberían ser subsanadas.

En tercer lugar por haber realizado el registro mediante muestreo, ajustado a las visitas atendidas a lo largo de un año, evitamos en gran medida la influencia de la estacionalidad, ampliamente ya discutida^{10, 11, 12}, aunque no las variaciones de los ciclos epidémicos (gripe, sarampión, rubéola, parotiditis).

Nosotros hemos registrado tanto los motivos principales como secundarios, por considerarlos mejor reflejo de la realidad del paciente^{13, 14}, siendo más completo que el registro de motivos de consulta (no priorizados) y/o activo¹⁵, aunque el registro del problema principal de forma exclusiva pueda ser ya orientativo del conjunto de problemas atendidos¹⁶. Un registro de todos los motivos de consulta, como el realizado, da una visión más precisa de la actividad realizada, máxime cuanto mayor es la población atendida.

Observando los resultados obtenidos en la Tabla 1, destaca el claro predominio de enfermedades del aparato respiratorio, la patología del aparato locomotor y el capítulo de la clasificación suplementaria, que es el que recoge todos los aspectos de tipo burocrático y lo referente a problemas sociales, económicos y familiares. Al comparar los resultados de la Tabla 1 con la Tabla 2, en general

no se aprecian grandes diferencias entre ambos grupos, posiblemente porque son muy homogéneos respecto a la edad de los mismos.

En general podemos indicar el fuerte impacto que aún siguen teniendo los aspectos burocráticos como problema principal en la consulta, Tabla 3, por los que acceden a consulta muchos pacientes, pese a existir en el centro un programa de Tarjetas de Largo Tratamiento, junto al peso que suponen las ILT (codificadas con el nú. 380, pero perteneciente al código 348). Junto a éstos, indicar la repercusión de los distintos códigos de patología osteomuscular, y patologías programadas (HTA, DM, hiperlipemia, obesidad).

Podemos observar que en la práctica los problemas que atendemos son difíciles de solucionar, y, probablemente, la valoración de la calidad de la atención prestada habría que plantearla en sucesivos estudios más como ganancia de calidad de vida o autonomía funcional para muchos de esos problemas, que como la propia resolución de ellos (aspecto hasta ahora casi no valorado).

Valorando globalmente los problemas más frecuentes en nuestro registro de morbilidad sobre el conjunto de visitas registradas (Tabla 3), lo primero que observamos es una disminución importante del número de visitas, cuyo núcleo es un problema burocrático (cumplimentación de recetas, o formularios sin ningún otro motivo de consulta: 11,6 % ; cumplimentación de partes de ILT: 5,1 % ; y cumplimentación de hoja de interconsulta para revisión de especialista, sin necesidad de exploración: 1,2 %) que, en conjunto son el 17,9 % de problemas registrados. En otros estudios^{17,18} los problemas administrativos oscilan del 17 %, en grupos de edad de 50 a 65 años, hasta el 21 % en mayores de 65 años para los primeros y el 11,6 % para los otros autores. No obstante hay que señalar que esto se consigue gracias a una colaboración por parte del personal administrativo en la distribución fuera de la consulta de las prescripciones realizadas por el médico en las tarjetas de largo tratamiento, fuera de la consulta.

Nunca se insistirá lo suficiente para resaltar el impacto que todas estas actividades burocráticas, su organización y el perfecto flujo de ellas, dentro del CS, tienen en la atención del paciente y en la calidad por él percibida.

En síntesis, diríamos que este 17,9 % de motivos burocráticos registrados supone un avance en la racionalización de una consulta de medicina general, pero que aún dista mucho de un estándar posible de visitas por motivos administrativos que pensamos no debiera superar el 10-15 % *globalmente* entre todos los conceptos, indistintamente del profesional que lo realice, pudiendo ser utilizado como un indicador de calidad asistencial.

Destacaríamos como problemas más frecuentes de salud los respiratorios (tabla 3). Sin duda, en adultos los problemas que mayor peso tienen son las patologías crónicas. Otros estudios registrados a partir del número de visitas (Martin Zurro 1987), detectan una proporción mucho mayor de hipertensos (7,9 % frente al 1,9 % obtenido por nosotros) posiblemente por el hecho de que tenemos en programa a casi todos los hipertensos conocidos de la población atendida y ello descarga su frecuentación en la consulta médica por dicho motivo, siendo similar al comparar su resultados frente a los nuestros en la diabetes (1,7 % ; 1,9 %) y obesidad (1,0 % ; 0,9%) y mucho menor el de dislipemias (0,49 % ; 2,2 %). Desconocemos el motivo de nuestro porcentaje más elevado de dislipemias, salvo el interés creciente de su control (y por tanto de su búsqueda y detección).

El otro gran conjunto de problemas con impacto en la consulta es la patología osteomuscular, destacando de ellas (cifras en relación al total de consultas) las lumbalgias no irradiadas: 1,7 %, dolor y rigidez articular: 1,1 %, cervicoalgias: 0,9 %, artrosis de columna: 0,5 %, artrosis y procesos asociados: 0,5 % y finalmente las lumbalgias irradiadas: 0,5 %, todas incluidas en el grupo XIII de la WONCA, que aporta globalmente el 6,2 % de todos los problemas registrados,

constituyendo el 45 % en el grupo de población entre 45 y 65 años, no obstante al valorar estos resultados recordemos que en un 5 % de visitas no se registró la edad.

La patología osteomuscular es un importante problema que podría ser abordado en buena medida con soluciones no estrictamente médicas, por ej. con el concurso de fisioterapeutas, potenciando la gimnasia de adultos con monitores o colaboradores de educación física, —incluso del propio barrio— y, sobre todo con educación sanitaria que autorresponsabilice a los pacientes y los estimule a realizar medidas eficaces para solucionarlos (aplicación de calor local, modificación de hábitos posturales, ejercicios físicos, . . .)^{19,20}, la eficacia de medidas de este tipo está contrastada²¹. El ahorro, tanto económico en analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como en tiempo de atención e yatrogenia potencial evitada por el uso de AINE y como consecuencia la mejora en la calidad asistencial, podría ser valorado mediante indicadores específicos.

Un cuarto bloque de patologías lo componen las depresiones (1,1 %) cistitis e infecciones urinarias (0,9 %) y las anemias ferropénicas el 0,8 % .

A continuación encontramos síntomas y signos mal definidos: cefaleas, malestar, estreñimiento..., pero con gran repercusión en la consulta. Buen número de todos estos problemas podrían ser abordados conjuntamente con las consultas de enfermería, si previamente se establecen unos protocolos de actuación y niveles de decisión médico-enfermera, fácilmente asumibles por las actuales UAF (unidades de atención familiar). Este bloque de patologías generan bastante consumo del tiempo de visita y una buena parte del gasto farmacéutico. La actuación sobre estos problemas y su resolución con abordajes no farmacológicos podría servir de base para la construcción de indicadores de calidad.

Un último apartado incluiría un grupo de patologías que, aunque no son importantes

numéricamente (Hepatitis vírica, rubeola, infección tuberculosa y SIDA), si lo son en cuanto a su repercusión social y al coste económico generado en su tratamiento, mientras que su prevención en las tres primeras es fácil, si realizamos una vacunación a los grupos de personas de mayor riesgo para la hepatitis, como se viene realizando en algunas Comunidades Autónomas, es una alternativa coste-beneficio aceptable²². Al igual que también lo es la vacunación de la rubeola para las niñas y la práctica de Mantoux periódicos en la infancia. La aparición de pacientes con enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunación, son indicadores negativos de calidad muy importantes.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ramona Mínguez, a los MIR, que han colaborado puntualmente en el registro de morbilidad, y a la DUE. C. Timoneda Aguilar por su trabajo en la informatización del registro de morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Foz Gil G. Historia Clínica y sistema de registro. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J, y otros. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2.^a ed. Barcelona: Ed. Doyma, 1989: 225-226.
2. Lou Arnal S, Antoñanzas Lombarte A. Sistemas de registro. En: Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1990: 381-382.
3. Morera Montes J, Miaja de Sarraga F, Custodi i Canosa J. Indicadores para evaluar la calidad de los equipos de atención primaria. Control de Calidad Asistencial 1992; 7: 9-15.
4. Padró municipal d'habitants 1991. Característiques de la població de la ciutat de Valencia. Ayuntamiento de Valencia. Oficina de Estadística, 1988.
5. Bellver R, Hidalgo J, Palomares L. Aproximación a un indicador del nivel de renta de los barrios de la ciudad. Documento de Trabajo n.º 5. Ayuntamiento de Valencia. Oficina de Estadística, 1988.
6. Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria. CIPSAP-2-D. WONCA. Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986.
7. García Olmos L. Estudios de morbilidad atendida en atención primaria: pacientes versus visitas. Gac Sanit 1990; 5: 34-38.
8. Martín Pérez J, Otero Rodríguez JA. La demanda asistencial en un centro de salud según el sistema de información regional. Aten Prim 1992; 10: 554-556.
9. García Olmos L, Alberquilla A, Ugalde M. et al. Patrón estacional de la morbilidad atendida en las consultas de medicina general de la Seguridad Social. Rev San Hig Púb 1988; 62: 1655-1665.
10. Hallam L, Metcalfe DHH. Seasonal variations in the process of care in urban general practice. J Epid and Community Health 1985; 39: 90-93.
11. Gené Badía J, Martín Zurro A. Tamaño de la muestra y estudios observacionales de la demanda. Aten Prim 1987; 4: 500-501.
12. López Ruiz A. El sesgo muestral en los estudios de Atención Primaria. I Wonca European Regional Conference in General Practice. Barcelona 10-14 diciembre. Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, 1990.
13. Lou Arnal S, Arto Serrano A, Betorz Latorre JJ, Ucar Hernández F, Pons Pons L. Los estudios descriptivos de la demanda asistencial. Aten Prim 1990; 7: 468-470.
14. Schneeweiss R, Cherkin DC, Hart GL. The effect of including secondary diagnoses on the diagnostic content of family practice. Med Care 1984; 22: 1058-1063.
15. Portella E, Sebastián J, Carrillo E, Buenaventura B. Motivos de consulta y problemas activos. Una clave para la comprensión de la información en Atención Primaria. Gac Sanit 1992; 6: 216-219.
16. Bolibar B, Medina C, Doz JF, De Juan C, Martínez X. La idoneidad del registro exclusivo del problema de salud principal en atención primaria. Aten Prim 1992; 9: 417-421.
17. Martín Pérez J, Otero Rodríguez JA. La demanda asistencial en un centro de salud se-

- gún el sistema de información regional. *Atenc Prim* 1992; 10: 554-556.
18. Sierra JM, Ouzzime M, Grima JL, Soler MJ. Evolución de los indicadores sanitarios en un centro de salud (1988-1991). Comunicación al XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 1992 Dic. Sevilla: SEMFC, 1993.
 19. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado en los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general. *Med clin* 1991; 99: 420-424.
 20. Roselló Pardo R. Tratamiento del dolor en el paciente artrósico. *Med Clin* 1992; 98: 576-578.
 21. Koes BW. Randomised clinical trial of manipulative therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: results of one year follow up. *Br Med J* 1992; 304: 601-605.
 22. Antoñanzas F, Forcén T, Garuz R. Análisis coste-beneficio de la vacunación frente al virus de la Hepatitis B. *Med Clín* 1992; 99:41-46.