



CARTAS AL DIRECTOR

Cumplimentación de la ocupación en las historias clínicas de la Atención Primaria: 1992–2007

Filling in of the occupation in primary care clinical histories 1992–2007

Sr. Director:

Hay evidencia de que en Atención Primaria se atiende entre un 15–22% de problemas de salud relacionados con el trabajo^{1,2}, por lo que el médico de Atención Primaria, con preguntar y registrar la ocupación, podría mejorar el diagnóstico y tratamiento del paciente, en caso de que tuviera un origen laboral, como también podría intervenir en actividades preventivo-promocionales³. Todo esto supondría un impacto social, económico y laboral dentro del sistema sanitario y en la salud del paciente-trabajador. Presentamos los datos de una revisión de historias clínicas con el objetivo

de determinar el porcentaje de historias que poseen algún registro de la ocupación del paciente.

Se revisaron 172 historias mediante selección aleatoria de pacientes en edad laboral de un centro de Atención Primaria de Pobleu (Barcelona). La búsqueda se realizó en dos soportes de datos: 1) digital: en los apartados: «datos personales del adulto, incapacidad temporal y en motivos de consulta» del e-cap (2005–2007), y 2) en papel: en «filiación y antecedentes» (1992–2004). Al recoger los datos se tomó como referencia el soporte digital, tras lo cual se buscó en el papel. La ocupación se definió: 1) como el trabajo realizado por una persona sea asalariado y/o autónomo, y 2) incluyendo la situación laboral: desempleado, estudiante, jubilado y ama de casa, estos se incluyeron porque proporcionan información que puede ser útil para el médico. El registro fue cuantificado según estuviera cumplimentado solo en alguno de los dos soportes, o bien según estuviera en ambos a la vez, esto explicado como una actualización de la ocupación porque estos están separados en el tiempo, sin embargo ambos pertenecen a la misma historia.

El porcentaje de no registro de ocupación en el total de historias revisadas fue de 66,9% ($p < 0,01$). El registro en

Tabla 1 Registro de ocupación y sus variantes según soportes, actualización y exclusión de la situación laboral en una muestra de historias clínicas de Atención Primaria

	Ocupación	%	n	IC 95%	valor p
<i>Historias clínicas</i>					
Con registro ^a	57	33,1	172		
Sin registro	115	66,9	172	(23,8–43,5)	$p < 0,01$
<i>Situación del registro</i>					
Solo registro digital	14	8,1	172		
Solo registro papel	53	46,5	114 ^b	(5–18,9)	$p < 0,01$
Registro no actualizado	43	81,13	53		
Registro actualizado ^c	10	18,87	53	(47,4–77,2)	$p < 0,01$
<i>Exclusión de la situación laboral</i>					
Registro digital	14	8,1	172		
Registro digital depurado ^d	8	4,6	172	(–1,64–8,64)	$p = 0,27$
Registro papel	53	46,5	114		
Registro papel depurado ^d	46	40,3	114	(–6,6–19)	$p = 0,41$

^aIncluidos todos los registros de ocupación y situación laboral (se considera el registro en soportes: digital y/o papel).

^bSe consideran 58 casos menos, ya que no se localiza la historia clínica en papel, bien porque estaban en uso administrativo o porque el paciente era de reciente incorporación al centro y solo poseía historia informatizada.

^cIndica la actualización de los datos ocupacionales (del soporte papel al soporte informático) en base al total de registros encontrados, exceptuando los registros informáticos de pacientes de reciente incorporación al CAP.

^dRegistros depurados, sin incluir: estudiantes, jubilados, amas de casa, desocupados.

soporte digital fue de 8,1% ($p < 0,01$). El porcentaje de registro no actualizado fue 81,13% ($p < 0,01$) (tabla 1). La tasa de registro/año por soportes fue de 4,67 registros/año en digital y 4,41 registros/año en papel ($p = 0,12$).

Este estudio demuestra la posibilidad que un 67% de historias no posean ningún dato sobre la ocupación del paciente y también que el registro de ocupación actual sea muy inferior en comparación con lo registrado antiguamente en el papel. Así mismo demuestra una tasa de registro/año muy similar en ambos soportes, lo que podría sugerir que el actual sistema (e-cap: utilizado como registro datos en el área sanitaria de Barcelona) no está siendo una herramienta efectiva para el registro ocupacional.

Este hecho podría estar explicado por la manera en que está organizada la historia digital con múltiples aplicativos a conocer para efectuar el registro. También están las barreras conocidas para el médico de primaria: elevada carga asistencial, poco tiempo para la atención y la falta de conocimiento de las enfermedades profesionales⁴. Esto, de confirmarse, dificulta la valoración del origen laboral o no de las patologías en primaria.

Hay que decir que el estudio está restringido a un centro de primaria concreto, por lo que creemos necesario hacer un estudio más amplio en la red de primaria. Sin embargo, creemos necesario recomendar a los médicos de primaria que pregunten de primera intención la ocupación del paciente⁵, porque esto permitiría un intercambio de información con beneficio para el paciente, concienciándose de los riesgos de su trabajo, y para el médico, conociendo las tareas y lugares que ponen en riesgo la salud del paciente. También recomendamos modificar la aplicación informática de la historia de tal modo que haga más fácil este registro. Ambas acciones ayudarían a una mejor coordinación de la salud laboral y la primaria, lo que mejoraría la prevención y la cobertura sanitaria del paciente-trabajador⁶.

Agradecimientos

A todo el personal médico y administrativo del centro de Atención Primaria del Poblenu por su activa participación;

doi:10.1016/j.aprim.2009.11.003

a Consol Serra por su trabajo en coordinación, y a la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Universidad Pompeu Fabra.

Bibliografía

1. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P, et al. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med.* 2005;47:176–80.
2. Won JU, Dembe AE. Services Provided by Family Physicians for Patients with occupational injuries and illnesses. *Annals of family Medicine.* 2006;4:138–47.
3. Sng J, Lee S, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singapore.* 2008;37:158–61.
4. Harber P, Merz B. Time and Knowledge Barriers to Recognizing Occupational Disease. *JOEM.* 2001;43:285–8.
5. Goldstein BD. The Second Question of the Occupational History: What is the Riskiest Part of Your Job? *JOEM.* 2007;49:1060–2.
6. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazini M. Frequency of occupational health concerns in general clinics. *JOEM.* 2001;43:939–45.

Giancarlo Ditolvi Vera^{a,*}, Fernando G. Benavides^{a,b}, Oriol Armengol^c y Leslie Barrionuevo-Rosas^d

^aUnidad Docente de Medicina del Trabajo Mateu Orfila, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^bCentro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^cCentro de Atención Primaria de «Poblenu», Barcelona, España

^dServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nilogiancarlo.ditolvi01@campus.upf.edu (G. Ditolvi Vera).

La sombra del RALES es alargada

The shadow of “RALES” is long

Sr. Director:

Hace una década aprendimos el beneficio de añadir 25 mg de espironolactona a los IECA en la insuficiencia cardiaca clase IV. En 1.663 pacientes, seguidos dos años, se redujeron un 30% el RR de muerte y un 35% las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca. Eran las luces del estudio RALES¹.

Años después, un estudio poblacional en más de 30.000 pacientes tratados con IECA por insuficiencia cardiaca descubrió las sombras. Se registró un incremento de más del triple en la prescripción de espironolactona desde 1999,

año de la publicación del RALES, acompañado de un aumento de la tasa de hospitalizaciones por hiperpotasemia (2,4–11/1.000 pacientes/año) y con una mortalidad asociada que se multiplicó por 7 (0,3–2/1.000 pacientes/año). La falta de monitorización del potasio sérico (Ks) y el uso inapropiado de altas dosis de espironolactona fueron algunas de las razones².

¿El médico de atención primaria conoce este riesgo? Presentamos 3 casos de hiperpotasemia atendidos en un mes; ninguno de ellos, con enfermedad renal crónica (ERC) previa.

Caso 1: Mujer de 82 años, hipertensa, diabética, cardiopatía isquémica, en tratamiento con IECA y espironolactona 100 mg/día. Acude a Urgencias remitida de Atención Primaria por hiperpotasemia; presenta debilidad y signos de deshidratación, urea: 183 mg/dl, creatinina (Crs): 3,9 mg/dl, Ks: 6,7 mEq/l con repercusión electrocardiográfica. Su Crs previa era 1,3 mg/dl, el filtrado glomerular (FG)