

de la medicina general en nuestra sociedad, si bien es cierto que el problema de la desafección hacia lo generalista no afecta sólo a la medicina, sino al conjunto de profesiones y saberes científicos.

En el mundo actual, desde el punto de vista social la excelencia va ligada a la especialización y la tecnología; los generalistas siempre tendremos conocimientos y técnicas compartidas, pudiendo por ello ser reemplazados en asuntos puntuales. También en el espacio profesional la excelencia se liga al éxito individual, novedoso, espectacular y cuantificable; precisamente los elementos menos relevantes del ejercicio de la medicina de familia. Finalmente, incluso en el ámbito personal la excelencia se relaciona con el desarrollo de un solo ingenio, minusvalorando las posibilidades del conocimiento integral y el enfoque sistémico.

Nuestro papel actual en el sistema sanitario aparentemente parece condenado a ser el de un «profesional incompleto» con una formación que siempre será insuficiente, un campo de trabajo abierto, compartido y cambiante, así como un marco competencial de límites mal definidos. Estas características se encontrarían en el trasfondo del poco atractivo de la especialidad para los licenciados que acceden al sistema MIR, pero también del complejo de inferioridad que aqueja a muchos profesionales de la medicina de familia. Por fortuna estas tres supuestas debilidades son acertadamente reconvertidas por los autores del artículo para señalar las cuestiones que auténticamente justifican el descrédito y la falta de relieve social de la medicina de familia. Asimismo se hace una apuesta, y propuesta, para la recuperación tanto de los valores que puede aportar la medicina de familia a nuestra sociedad como de los activos que tributa al conjunto de la profesión.

Comparto con los autores que la revitalización de la medicina de familia pasa por creer en nosotros mismos como profesionales y como grupo corporativo, así como potenciar el papel de las organizaciones profesionales. Para esto último resulta imprescindible e inaplazable afrontar directamente la unificación de nuestras Sociedades científicas de medicina de familia/general/atención primaria. Se lo debemos tanto a los históricos médicos de cabecera, de quienes aprendimos, como a las nuevas generacio-

nes de residentes de medicina de familia, que desean aprender, ajenas a resentimientos que deberían estar superados. El peso corporativo, la influencia política y la relevancia social se multiplicarán desde la unidad.

Las grandes travesías comienzan por un solo paso en el sentido correcto. A los héroes anónimos corresponde este pequeño esfuerzo y a sus dirigentes la grandeza de liderarlos.

Miguel Melguizo Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Distrito Sanitario de Granada. Granada. España.

1. Gervas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007;39:615-8.

Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial

Sr. Director: Habitualmente las vías de comunicación entre atención primaria y atención especializada son los informes de alta, las hojas de interconsulta, la comunicación «informal» entre profesionales y la poco recomendable utilización del paciente como transmisor de la información^{1,2}. La descoordinación entre niveles asistenciales supone molestias para el paciente, desmotivación de los profesionales, un uso inadecuado de los recursos y, sobre todo, una merma de la continuidad y de la calidad asistencial^{3,4}.

Presentamos el caso de una paciente de 66 años de edad con pluripatología atendida por atención primaria y por distintos facultativos de atención especializada. Dada la incapacidad de clarificar la medicación, a petición del médico de atención primaria

Palabras clave: Continuidad asistencial. Atención farmacéutica. Errores de medicación. Coordinación interniveles.

procedimos a conciliar el tratamiento de la paciente mediante la revisión de la historia clínica de atención especializada y de atención primaria. La evolución temporal del tratamiento se expone en la tabla en versión electrónica, en la que no se han incluido los tratamientos puntuales.

Constatamos que no existe un sistema adecuado de comunicación entre las consultas externas de atención especializada y el médico de atención primaria. Muchas veces o no existe comunicación o la responsabilidad de la misma recae sobre el paciente, que generalmente transmite la información por vía oral.

En este caso muchos de los cambios de medicación que se reflejan en la historia de atención primaria se deben a la demanda de la paciente, que alega que ha sido una modificación realizada en atención especializada o en urgencias, información de difícil verificación por los profesionales de atención primaria. Tampoco la vía de comunicación por escrito al alta hospitalaria ha sido suficiente para evitar errores en la actualización farmacológica. No sólo la falta de coordinación internivel origina problemas, también se constata descoordinación dentro del «microequipo» de atención primaria (médico-enfermera), pese a disponer de la misma historia clínica. Detectamos también que, en el momento de pasar el tratamiento al nuevo sistema de receta electrónica dentro de la misma historia de atención primaria, se produce la omisión de una prescripción importante. Todo lo anterior ha generado multitud de errores de medicación, como duplicidades, medicamentos omitidos o incorrectos, dosis o intervalos posológicos erróneos, duraciones inadecuadas de tratamientos y retrasos en la actualización de la historia farmacoterapéutica del paciente.

La comunicación interniveles a través del paciente, a menudo por vía oral, provoca errores que comprometen, sobre todo, su seguridad y abren la puerta a la autoprescripción. Existen diversos estudios que demuestran que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial⁵. Una de las soluciones que se ha propuesto para evitar esta situación es la creación de profesionales de «enlace» que encauzan y aseguran la comunicación entre niveles², que en

lo referente a medicamentos son los farmacéuticos en nuestra área de salud.

Las administraciones competentes deberían priorizar la utilización de una única historia de salud electrónica⁶. En su defecto alertamos sobre la importancia de que la información clínica y terapéutica relevante se transmita en ambos sentidos mediante la correspondiente hoja de interconsulta (o método similar) correctamente cumplimentada³, en lugar de utilizar al paciente como vehículo comunicador.

**Laura Anoz Jiménez^a
y Rafael M. Torres García^b**

^aServicio de Farmacia. Hospital Can Misses. Ibiza. Islas Baleares. España.

^bCoordinador Farmacéutico de Atención Primaria. Área de Salud Ibiza-Formentera. Islas Baleares. España.

1. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuad Gest Prof Aten Prim. 2002;8:159-66.
2. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20:485-95.
3. Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, editores. Atención primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de Salud, 2002. p. 240-60.
4. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales [editorial]. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:232-3.
5. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165:424-9.
6. Fernández E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. Aten Primaria. 2007;39:15-21.

Calidad de las citologías cervicovaginales en diez comunidades rurales de Venezuela

Sr. Director: Con el fin de analizar la calidad de la toma de las citologías cervicovaginales (CCV) mediante el examen de las que resultaron insatisfactorias para evaluación (CCVI)¹ y la pericia del profesional de salud que las tomó en diez comunidades rurales del Municipio Andrés Bello del Estado Lara (Venezuela) durante el período 2002-2004, se realizó un estudio prospectivo longitudinal descriptivo por muestreo no probabilístico por cuotas de 230 CCVI tomadas por bachilleres de enfermería y medicina, médicos extranjeros y venezolanos en las comunidades de Bojó, Cerro Blanco, El Caspito, El Portachuelo, La Bucarita, La Cruz, La Escalera, Miracuy, Monte Carmelo y San Antonio de Guache. Se evaluó la calidad de las CCVI por medio del índice de citologías insatisfactorias (ICI)² y la causa de insatisfacción de esas citologías³. Los datos se analizaron mediante la prueba de la χ^2 para determinar la significación estadística entre las variables tipo de profesional y calidad de la muestra citológica, y el modelo de regresión logística para estudiar si la variable binomial calidad de la muestra depende del tipo de profesional que tomó la muestra citológica, utilizando como categoría de referencia la de «médico venezolano».

Se tomaron 994 CCV de las cuales 230 fueron CCVI, según criterios establecidos por el sistema Bethesda¹. De ellas el 54,3%

(n = 125) fueron tomadas por bachilleres de medicina, 27,0% (n = 62) por bachilleres de enfermería, 16,5% (38) por médicos extranjeros, 1,3% (n = 3) por médicos venezolanos y en el 0,9% (n = 2) no se identificó el profesional que tomó las citologías. El ICI más alto correspondió a médicos extranjeros (25,3%) seguido por bachilleres de enfermería y medicina (25,1 y 23,7%) y el más bajo 5,8% para los médicos venezolanos. En lo que respecta a las causas de insatisfacción, la primera causa correspondió al componente endocervical ausente o escaso en el 68,6% de las CCVI (primer lugar para bachilleres de enfermería, medicina y médicos extranjeros); la segunda causa correspondió a defectos de fijación en un 25,7% (primer lugar para médicos venezolanos) y la tercera causa correspondió a frotis grueso y/o muy hemorrágico en el 5,7% restante. Los resultados del modelo de regresión logística se exponen en la tabla 1; se llega a la conclusión de que el riesgo de que una CCV resulte insatisfactoria para su evaluación es mucho mayor cuando la muestra es tomada por un profesional que no sea médico venezolano, de forma significativa y con un 95% de confianza para este estudio.

La mayoría de los estudios sobre calidad de la CCV se centran en el control interno de los laboratorios de citopatología, y son pocos los estudios que miden la calidad de la toma de la citología, causas de insatisfacción y tipo de profesional que toma la CCV. Los altos ICI encontrados entre los bachilleres de medicina y enfermería se pueden explicar por el proceso de formación en que se encuentran y en Venezuela el profesional de enfermería no realiza la toma de la CCV porque se considera como un acto médico y en el caso de los médicos extranjeros podría deberse a que en algunos países de América y Europa las CCV son tomadas por el personal de enfermería y muy pocas por médicos. Un estudio holandés comunicó un

Palabras clave: Citología vaginal. Población rural. Control de calidad. Regresión logística.

TABLA 1. Valores obtenidos según aplicación del modelo de regresión logística

Variables	Coeficiente modelo (β)	Error estándar	Estadístico de Wald	Significación estadística (p)	Odds ratio	Límites de confianza del 95%	
						Inferior	Superior
Bachiller enfermería	1,705	0,612	7,748	0,005	5,500	1,656	18,267
Bachiller medicina	1,619	0,603	7,205	0,007	5,050	1,548	16,476
Médico extranjero	1,712	0,624	7,536	0,006	5,538	1,632	18,797
Constante	-2,793	0,595	22,058	0,000	0,061	-	-