

**TABLA 1. Motivos de solicitud de TSH**

Motivos	Casos	%	Observaciones
NC	12	25	
Astenia	11	23	
Síntomas depresivos	7	15	Desánimo, tristeza, apatía
Aumento de peso	5	10	
Hipercolesterolemia	4	8	
Trastornos del ritmo cardíaco	4	8	Palpitaciones, bradicardia
Alteraciones dermatológicas	4	8	Piel seca, caída de cabello
Dolores osteomusculares	4	8	Polialgias, mialgias
Uso de fármacos	4	8	Amiodarona, litio
Alteraciones menstruales	3	6	Amenorrea, ciclos irregulares
Alteraciones digestivas	2	4	Estreñimiento
Bocio	1	2	
Elevación transaminasas	1	2	
Deterioro cognitivo	1	2	

pacientes en situación transitoria de HS provenientes de una alteración tiroidea distinta, y así se ha destacado en el estudio. No obstante, la muestra se considera representativa de la población demandante de atención primaria, con predominio de las mujeres y la edad media de la vida.

Los resultados de nuestro trabajo aportan datos sobre un perfil de pacientes con HS similar al encontrado en la bibliografía en cuanto al predominio de mujeres y las etiologías principales encontradas: tiroiditis autoinmune e infradosificación de tratamiento sustitutivo<sup>1-5</sup>, pero no es así con respecto a la variable edad. En la revisión bibliográfica se resalta el predominio del HS en la población > 65 años; en nuestro trabajo, este subgrupo representa sólo un 31,2% de la muestra. La mayoría de las investigaciones que ofrecen cifras de prevalencia provienen de la población general o estudian a dicho subgrupo directamente, pero este dato nos hace pensar en otras posibilidades: los motivos no son los mismos en los pacientes mayores de 65 años, no se expresan igual o no los buscamos de la misma forma en la consulta. La prevalencia del 6,94%, así como la del subgrupo > 65 años del 8,25%, son similares a las encontradas en otros trabajos de ámbitos similares<sup>5-7</sup>. Aunque haya la limitación de tratarse de una revisión de HC (sin registros específicos) y de que no aparezca el motivo de so-

licitud de la función tiroidea en un 25% de los casos, el análisis de los motivos nos hace pensar que los médicos de atención primaria estamos alerta ante la búsqueda de la hipofunción tiroidea frente a síntomas tan inespecíficos como la astenia o el desánimo inespecífico, síntomas por otro lado tan frecuentes en la consulta de AP. Debería haber más estudios que confirmaran esta forma de proceder, así como estudios que pongan de manifiesto si hay signos o síntomas predictivos de HS, tanto en la población adulta como en la senil.

**Conclusiones.** Nuestro trabajo aporta datos del HS en la población demandante de atención primaria con «motivos» para determinar la función tiroidea, por lo que la extrapolación de los resultados en la población general debería realizarse con prudencia.

M. Torné-Coll<sup>a</sup>, R. Azagra-Ledesma<sup>b</sup>, A. Espina-Castilla<sup>a</sup>, E. Vargas-Villardosa<sup>a</sup> y A. Reyes-Camps<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Antón de Borja. Rubí. Barcelona. España. <sup>b</sup>CAP Badia del Vallès. Profesor Asociado de Medicina UAB. Barcelona. España.

1. Tunbridge WMG, Evered DC, Hall R, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Wickham survey. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1977;7:481-93.

2. Villar HCCE, Saconato H, Valente O, Atallah AN. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism (Protocol for a Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4; 2003.

3. Cooper Ds. Subclinical hypothyroidism (clinical practice). *N Engl J Med*. 2001; 345:260-5.

4. Torroba I, Puigdevall V, Laudo C, San Martín L. Disfunción tiroidea subclínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21:245-50.

5. Serra M, Méndez MA, Davins J, Borrell M, Baxarias J, Ríos L. Patología tiroidea en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1995;15:457-60.

6. Casas J, Marquet R, Grifell E, Benet JM, Cortes B, Lucas A, et al. Hormona tirotrópica en la población adulta demandante de un centro de atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1990;95:89-91.

7. Gascó E, Serna MC, Vázquez A, Permi-quel M, Ibarz M, Serra L. Prevalencia de trastorno de la función tiroidea en la provincia de Lleida. *Aten Primaria*. 1999;24: 475-9.

## Captación telefónica para la vacunación antigripal

**Objetivo.** Conocer si una estrategia de captación telefónica sobre la población mejora los resultados de cobertura vacunal de la gripe y determinar su efectividad en función del profesional que la realiza.

**Diseño.** Estudio experimental, prospectivo sin asignación aleatoria, con dos grupos de comparación: intervención (llamada telefónica) y control (ninguna llamada).

**Emplazamiento.** Centro de Salud (CS) urbano de 18.000 habitantes.

**Participantes.** Todas las personas de 60-64 años asignadas al CS (n = 893). Criterios de exclusión: no respuesta, haber recibido ya la vacuna.

**Mediciones.** Porcentaje de vacunados en los grupos de intervención y control; porcentaje de vacunados según el profesional que había llamado.

**Resultados.** Se vacunaron 327 personas (36,6%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 33,5%-39,8%). Pertenecían al grupo de intervención telefónica 276 (40,3%; IC 95%:

**Palabras clave:** Vacunación gripe. Intervención telefónica. Atención primaria.

**TABLA 1. Comparación de los resultados en la vacunación después de la intervención telefónica (casos) respecto al grupo control**

	Casos n (%)	Controles n (%)
Vacunados	276 (84,4%)	51 (15,6%)
No vacunados	409 (72,3%)	157 (27,7%)
Total	685 (76,7%)	208 (23,3%)

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje.

36,6%-44%) y al de control 51 (24,5%; IC 95%: 18,7%-30,4%). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa a favor del grupo de intervención ( $p = 0,000018$ ) (tabla 1). En cuanto al éxito de la vacunación según llamara médico (M), enfermera (E) o administrativo (A), no existieron diferencias en la respuesta telefónica entre M y E (el 52% frente al 55%,  $p = 0,5$ ). Al agrupar conjuntamente el personal sanitario (M y E, 54%) y comparar la efectividad de su consejo con el administrado por el A (38,5%), ésta fue significativamente superior para los profesionales sanitarios ( $p = 0,000035$ ).

**Discusión.** En 2003 se introdujo en Cataluña la recomendación de la vacunación de la gripe a todas las personas de 60-64 años. Por este motivo se escogió a este grupo de edad para el estudio: era un colectivo sobre el que no se había realizado nunca una campaña de vacunación y resultaba más sencillo medir el grado de respuesta sin estar condicionado por otros factores. No fue posible efectuar una asignación aleatoria de

los participantes a los grupos de comparación. Ello pudo condicionar la presencia de sesgos. No obstante, parece poco probable ya que nuestros resultados son consistentes con los de estudios ya publicados<sup>1-3</sup> que utilizaron métodos de recordatorio similares: Larson et al<sup>4</sup> doblaban la población inmunizada con el recordatorio por correo; Frank et al<sup>5</sup> aumentaron la vacunación de un 17% antes de la intervención por correo a un 43% después, especialmente si se hacía un recordatorio telefónico después de enviar el correo; Kellerman et al<sup>1</sup> también aumentaron el porcentaje de vacunación hasta un 57% en las mismas condiciones que Frank et al<sup>5</sup>. Respecto a las diferencias encontradas en la efectividad de la intervención según fuera realizada por el M, E o A, al igual que en el estudio de Nguyen-Van-Tam et al<sup>6</sup>, el recordatorio era más efectivo si lo realizaba uno de los miembros de la unidad básica asistencial (M o E). Es necesario incidir en la excelente predisposición de nuestros A, pero probablemente el personal sanitario posee más recursos para inducir una respuesta positiva entre sus pacientes. También cabe la posibilidad de que a los participantes les mereciera más credibilidad la intervención si quien les había llamado era su propio M/E.

En conclusión, en el presente trabajo los resultados obtenidos apoyan la intervención telefónica como un instrumento eficaz para aumentar la cobertura vacunal, sobre todo utilizada por personal sanitario. Sería necesaria la realización en nuestro medio de es-

tudios con asignación aleatoria que pudieran confirmar con mayor fuerza este hecho.

**C. Bou-Mias<sup>a</sup>, M. Zwart-Salmerón<sup>a</sup>, E. Calvet-Freixas<sup>b</sup> y J.C. Buñuel-Álvarez<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>EAP Girona-1. ICS. Girona. España.

<sup>b</sup>Técnico de Salud. ICS. Girona. España.

<sup>c</sup>Unidad de Atención al Usuario. ABS Girona-1. ICS. España.

1. Kellerman RD, Allred CT, Frisch LE. Enhancing influenza immunization. Postcard and telephone reminders and the challenge of immunization site shift. *Arch Fam Med.* 2000;9:368-72.
2. Brimberry R. Vaccination of high-risk patients for influenza: a comparison of telephone and mail-reminder methods. *J Fam Pract.* 1988;26:397-400.
3. Gaglani M, Riggs M, Kamenicky C, Glezen P. A computer reminder strategy is effective for annual influenza immunization of children with asthma or reactive airway disease. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:1155-60.
4. Larson EB, Olsen E, Cole W, Shortel S. The relationship of health beliefs and a postcard reminder to influenza vaccination. *J Fam Pract.* 1979;8:1207-11.
5. Frank JW, McMurray L, Henderson M. Influenza vaccination in the elderly, 2: the economics of sending reminder letters. *CMAJ.* 1985;132:516-21.
6. Nguyen-Van-Tam JS, Nicholson KG. Influenza immunization, vaccine offer, request and uptake in high-risk patients during the 1991/2 season. *Epidemiol Infect.* 1993;111:347-55.