

Anticoncepción hormonal postcoital: perfil das usuarias no punto de atención continuada da cidade da Coruña

Vidal Lorenzo, Juan Carlos
Medicina de Familia. CS San Xosé (A Coruña)

Seijas Rico, Carmen
Medicina de Familia. CS San Xosé (A Coruña)

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 251-255

RESUMO

Obxectivo: Clarificar o perfil das usuarias demandantes da anticoncepción hormonal postcoital (AHP) no Punto de Atención Continuada (PAC) de urxencias da cidade da Coruña, así como o motivo principal da prescrición.

Deseño: Estudo descritivo transversal

Participantes: 400 mulleres atendidas de abril a agosto de 2006 no PAC de A Coruña. Os criterios de inclusión foron: ser muller en idade fértil e solicitar a pílula antes das 72 horas tralo coito.

Medicións principais: Data de nacemento, data da dispensación, toma previa da pílula, uso de método anticonceptivo e o motivo da prescrición.

Resultados: Foron atendidas 400 mulleres cunha media mensual de 80 (DE de 25,66), o que equivale a un índice de frecuentación mensual / anual de 1,3 y 15,6 por mil respectivamente. O domingo foi o día de maior demanda (30%), correspondendo ao fin de semana o 60% do total. As menores de 18 anos representaron o 7'5 % do total e de éstas, 11 pacientes (2,75%) eran menores de 16 anos. A idade media das pacientes foi de 24,3 anos. O 36,2% das solicitantes afirman ter usado previamente a pílula no último ano. Un 15% non usaba habitualmente ningún método anticonceptivo. Só unha paciente tivo que repetir a toma da pílula por presentar vómitos.

Conclusións: A usuaria tipo é una muller de 24 anos que ten relacións de fin de semana, que habitualmente utiliza algún método de tipo anticonceptivo e cuxo motivo principal de demanda é por fallo no uso do preservativo. As menores de idade (menores de 18 anos), só representan o 8% de la poboación total atendida.

Para comunicación cos autores:

Juan Carlos Vidal Lorenzo • juancarlos.vidal.lorenzo@sergas.es
C.S. San Xosé. Comandante Fontanes 8. 15003 A Coruña. Telf. 981227899

A AHP con Levonorgestrel é un método moi seguro en canto a efectos secundarios.

Palabras clave: Pílula postcoital, Levonorgestrel, Urgencias

INTRODUCCIÓN

A anticoncepción hormonal postcoital (AHP) é un método hormonal, que se administra nas 72 horas seguintes a unha relación sexual sen protección ou por un fallo no método habitual, co obxecto de evitar un embarazo non desexado¹. Segundo o programa Euro/OMS, a prevención de embarazos non desexados, debe ser un pilar fundamental da medicina preventiva de calquera país desenvolvido e un obxectivo primordial da Planificación Familiar^{2,3}.

A AHP con levonorgestrel segundo os últimos ensaios clínicos realizados^{4,5,6} é máis eficaz ca pauta combinada con estróxenos e proxestero-na. Aínda que non é un método abortivo⁷, xa que son ineficaces unha vez iniciada a xestación, tampouco debe utilizarse como unha forma regular de anticoncepción polas mulleres que non usan por sistema ningún método anticonceptivo, xa que son menos eficaces que os métodos habituais hormonais de contracepción (eficacia dun 85% fronte a un 99% respectivamente⁸ como se pode ver na Táboa 1), teñen maior número de efectos adversos e un maior custo. Un embarazo non desexado supón un serio problema, e máis grave se acaso en mozas menores de idade. Hai estudos realizados que nos indican que ata un 60% de mulleres enquisadas recoñecen non haber recibido ningún tipo de información⁹ sobre os métodos anticonceptivos habituais e de urxencia por parte dos profesionais sanitarios. É neste punto onde a Educación Sanitaria xogarí un papel básico na muller, en canto a actividades preventivas se refire, así, a U.S.P. Task Force⁴, recomenda o consello periódico sobre anticoncepción a todas as persoas en risco de embarazo non desexado, co fin de diminuír a porcentaxe destes (menos do 1% con AHP) e en consecuencia o de abortos provocados.

O obxectivo do noso estudo é clarificar o perfil das usuarias demandantes da anticoncepción hormonal postcoital no PAC de urxencias

da cidade da Coruña, así como o motivo principal da devandita prescrición.

PACIENTES E MÉTODOS

Realizouse un estudo descritivo transversal sobre unha mostra de 400 pacientes atendidas durante o periodo primavera-verán, de abril a agosto do ano 2006, ambos inclusive, no PAC de urxencias “Casa do Mar” na cidade da Coruña.

Usáronse dous criterios de inclusión: ser muller en idade fértil e solicitar a pílula antes das 72 horas tralo coito.

Reixtráronse os datos nunha enquisa estruturada chamada “Folla de rexistro de dispensación da pílula”, que incluía as seguintes variables: data de nacemento, data da dispensación, toma previa da pílula, uso de método anticonceptivo e o motivo da prescrición (Figura 1).

FIGURA 1

FOLLA DE REGISTRO DE DISPENSACIÓN DA PÍLULA Mes/Ano ___/___/___

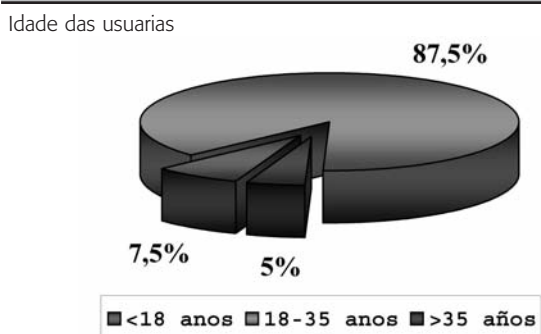
Centro de Saúde
 PAC
 CDF

de _____

Data de nacemento	Data de dispensación	Toma previa pílula	Usa método anticoncep.	MOTIVO DA PRESCRIPCIÓN
		Si No	Si No	Fase preserv. Non método Outra

O método utilizado como AHP foron 2 comprimidos de Levonorgestrel 0,75 mg. por vía oral en pauta de dose única ou de 1 cada 12 horas.

FIGURA 2



RESULTADOS

Foron atendidas en total 400 mulleres que solicitaron a pílula postcoital. A idade media das pacientes foi de 24,3 anos. Por tramos de idade as menores de 18 anos representan o 7’5 % do total e destas, 11 pacientes (2,75%) eran menores de 16 anos. O 87’5% tiña

idades comprendidas entre os 18 e 35 anos, e un 5% eran maiores de 35 (Figura 2).

A media mensual de mulleres demandantes é de 80 (DE 25,66), polo que se temos en conta que a poboación feminina en idade fértil (15 a 49 anos) no ano 2005, para a cidade da Coruña, era de 62.089 mulleres¹⁰ (Tabla 1), nos da un índice de frecuentación mensual e anual de 1,3 y 15’6 por mil respectivamente.

TABLA 1

POBOACIÓN FEMININA EN IDADE FÉRIL (15-45 ANOS) NA CIDADE DA CORUÑA NO ANO 2005 : 62.089 MULLERES.

Revisión do Padrón municipal 2005. Datos por municipios.

15.- Coruña (A)

15030.- Municipio de A Coruña

Poboación por sexo, municipios e idade (grupos quinquenales).

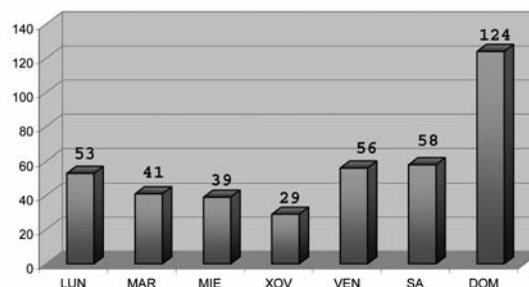
Unidade: persoas

	Ambos sexos	Homes	Mulleres
15030 Coruña (A)			
Total	243349	113510	129839
0-4	8910	4574	4336
05-09	8296	4279	4017
10-14	9043	4632	4411
15-19	10915	5593	5322
20-24	15544	7668	7676
25-29	20708	10358	10350
30-34	20911	10352	10559
35-39	18893	9152	9741
40-44	17480	8219	9261
45-49	17126	7946	9180
50-54	16326	7433	8893
55-59	17216	7793	9423
60-64	14817	6841	7976
65-69	12700	5674	7026
70-74	12892	5421	7471
75-79	9649	3711	5938
80-84	6498	2209	4289
85 y más	5425	1455	3970
TOTAL.....			..62.089

O domingo foi o día de maior demanda (30%), correspondendo ao fin de semana (venres, sábado e domingo) o 60% do total semanal (Figura 3). Os meses de maior solicitude foron os de verán: xuño, xullo e agosto (75 % do total), con lixeiro predominio do mes de xuño(26,25%) (Figura 4).

FIGURA 3

Frecuentación- Día Semana

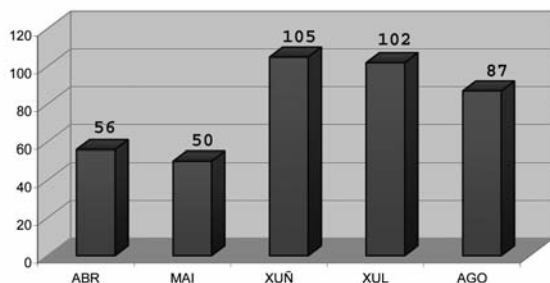


O 36,2% das solicitantes afirman ter usado previamente a pílula no último ano, fronte o 63’8% que non. Un 15% non usaba habitual-

mente ningún método anticonceptivo, mentres que o 85% sí, reflectindo éstas como causa principal o fallo do preservativo. Tan só unha paciente repetíu de novo a toma por vómitos (1:400), e outra paciente refire esquezo na toma do anticonceptivo.

FIGURA 4

Frecuentación- Mes



DISCUSIÓN

Con respecto á frecuentación, hai autores^{11,12} que estiman que a demanda potencial sitúase arredor do 3 por mil mensual, mentres que no noso estudo o índice de frecuentación sitúase no 1,3. Esta diferenza sería debida a que moitas das usuarias acoden a solicitar a pílula ao seu Centro de Saúde ou ao Centro de Orientación Familiar (COF) e non ó Servizo de Urxencias.

Segundo estudos de mercado a taxa de rotura de preservativos de alta calidade, oscila entre o 1 e o 12%. Resulta curioso o dato de que o 85% das mulleres acode a consulta "por rotura do preservativo", cifra que coincide co 83% do estudo de C. Cruz et al¹³, e moi similar ao 69,3% ao que se refire un estudo do COF da Área 4 de Madrid⁹. Alegar esta razón parécenos dar a impresión de ser un simple formalismo para facilitar a demanda. Esta conxectura é difícil de comprobar pero de ser certa, tería que ser moito máis alta a porcentaxe (15%) das pacientes que afirman non usar ningún método.

TABLA 1

Reducción de risco en mulleres que manteñen relacións sexuais frecuentes ao longo dun ano

Método anticonceptivo	Reducción de risco de embarazo
Método de Yuzpe(1)	57-75%
Levonorgestrel(2)	85%
Anticonceptivo habitual(3)	99%

(1) Método de Yuzpe: 2 doses de 100 mcg de etinil-estradiol + 500 mcg de levonorgestrel, cada unha, separadas por un intervalo de 12 horas.

(2) Levonorgestrel (LNG): 2 doses de 750 mcg de LNG cada 12 horas ou 1500 mcg de LNG en dose única.

(3) Anticonceptivo habitual: Varias presentacións no mercado, de similar eficacia.

O 8% de la poboación atendida eran menores de 18 anos (30 mozas) das que 11 eran menores de 16. Isto nos produce un problema de tipo legal xa reflectido noutros estudos^{14,15}, e é o da conveniencia ou non de administrar a pílula a unha adolescente menor

de idade. En todo caso será o facultativo quen debe valorar a madurez da menor, no noso país a maioría de idade sanitaria é a partir dos 16 anos, polo que de 16 a 18 anos non cabe o consentimento por representación, sendo a menor quen consente e decide. De 12 a 16 anos cabe o consentimento por representación e a opinión da menor tida en conta, pero no caso de que a decisión do representante legal fora contraria aos intereses da menor, deberán poñerse os feitos en coñecemento do xuíz. No caso de que a menor tivera menos de 12 anos, trataríase xa como un delito de violación, contemplado como tal no Código Penal, e a autoridade xudicial tería que adoptar as medidas oportunas.

Con respecto aos efectos secundarios⁶, os máis frecuentes son as náuseas (15-25%) e os vómitos (1-5%), a metrorragia (un 16 % presenta un pequeno sangrado) e a mastodinia (20-25%), en contacto co método de Yuzpe clásico onde as náuseas ocorren ata nun 50%, e os vómitos nun 17-22%. De todos eles o máis preocupante, por ter que volver a repetir a toma da pílula, serían os vómitos, que no noso estudo presentou tan só unha paciente (1:400), que acudiu de novo para repetir a toma, por vomitar antes das 2 primeiras horas. Trátase dun método moi seguro e dado a práctica ausencia de efectos secundarios, a OMS reconece que debería ser libremente prescrita en todos os establecementos sanitarios públicos.

No noso estudo, o 36,2% das mulleres refire ser reincidente no último ano. Un estudo do COF da Área 4 de Madrid⁹, reflexa que un 19,5 tería utilizado a pílula nalgunha outra ocasión. Con estos datos e dado o alto índice de reincidente, cabería entón preguntarnos se o uso reiterado de Levonorgestrel pode producir efectos teratoxénicos, aumento do estado de hipercoagulabilidade, aumento do número de embarazos ectópicos ou alteracións do ciclo menstrual en adolescentes.

Con respecto o primeiro suposto, a OMS establece que practicamente a única contraindicación sería a existencia dun embarazo, pero non porque provoque efectos teratoxénicos, senón polo feito de que é ineficaz durante o embarazo. Un estudo de De Santis e cols.¹⁶, conclúe que o fallo do Levonorgestrel usado como anticoncepción de urxencia, non se asociou a un incremento no risco de aparición de malformacións conxénitas importantes, nin a complicacións no embarazo ou no pre e postparto.

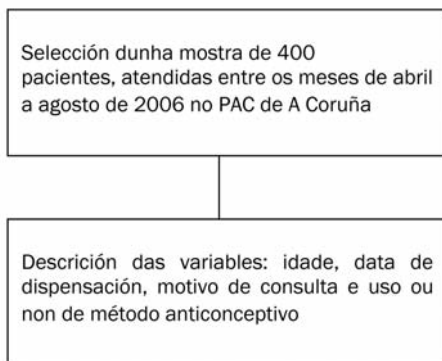
Segundo varios estudos revisados^{17,18}, a AHP non produciu en xeral un aumento significativo de tromboembolismo venoso, aínda que en persoas con tendencia a estados de hipercoagulabilidade, os preparados recomendados serían os que conteñen unicamente proxestáxenos. En referencia aos embarazos ectópicos, hai estudos^{19,20,21,22} que reflecten un aumento do devandito risco, detectándose no Reino Unido dous casos entre 201 embarazos inesperados despois de usar a AHP, pero a maioría non atopan diferenzas significativas na presenza de embarazos ectópicos polo uso da pílula postcoital. Con respec-

to as posibles alteracións do ciclo, un estudo de Gainer e cols²³. realizado con 232 mulleres, conclúe que o 14% presentou un pequeno sangrado intermenstrual e un aumento da duración do ciclo, pero que a función menstrual normalizouse nos ciclos seguintes.

¿Soluciona o problema dos abortos o uso da AHP? Hai estudos que indican que non^{24,25}, a razón é que ao trivializarse o uso da AHP, en xeral, asúmense maiores riscos (maior número de relacións sexuais desprotexidas) por parte da poboación, así que parte do problema que tratamos de evitar por un lado, xerámolo por outro. Estudos feitos na Gran Bretaña e en Bélxica demostran o feito de que o número de abortos na poboación non só non diminuíu, senón que aumentou como consecuencia da dispoñibilidade a gran escala da pílula postcoital.

En calquera caso, analizados os pros e os contras, a opinión das mulleres, as opinións dos expertos e as recomendacións da OMS, estamos de acordo en que o obxectivo principal de reducir o número de embarazos non desexados debe ser o primordial, así como, non adoptar nunca una actitude disuasoria, explicar á paciente todos os pormenores que rodean o uso da pílula e a conveniencia de usar un dos métodos anticonceptivos convencionais.

ESQUEMA XERAL



CONCLUSIÓNS

- O índice de frecuentación mensual foi de 1,5 por mil mulleres en idade fértil e o anual de 15,6.
- A usuaria tipo é unha muller de 24 anos que ten relacións de fin de semana, que habitualmente utiliza algún método anticonceptivo e cuxo motivo principal de demanda é por fallo no uso do preservativo.
- As menores de idade (menores de 18 anos), só representan ao 8% de la poboación total atendida.
- A AHP con Levonorgestrel é un método moi seguro (Patrón ouro da OMS): No noso estudo só unha paciente tivo que repetir a toma da pílula por presentar vómitos.
- A Educación Sanitaria debe ser universal pero debe ser dirixida especialmente á poboación máis vulnerable que son as adoles-

centes, sen olvidar o tramo de 18 a 35 anos, que representa o 87% da poboación xeral feminina.

PUNTOS CLAVE

Feitos coñecidos

- A anticoncepción hormonal de urxencia xorde como unha necesidade ou intento de frear a gran avalancha de embarazos non desexados e evitar o trauma da realización de abortos provocados.
- Derivación cara un abuso da pílula postcoital por parte da sociedade en xeral, obviando o gran arsenal dos métodos anticonceptivos habituais.

Aportacións deste estudo

- A Educación Sexual debe ser fundamental por parte da familia, os profesionais sanitarios e os educadores en xeral.
- No só é un problema da xuventude ou adolescencia senón que tamén é un gran problema para as maiores de idade, xa que estas representan o 92,5% das usuarias que consultan por este motivo.

AGRADECEMENTOS

Os compañeiros e compañeiros do PAC de Urxencias da Casa do Mar da Coruña pola súa contribución na recollida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glasier A. Emergency postcoital contraception. N. England J. Med.1997; 337(15):1058-1064.
2. Programa EURO/OMS de Sexualidad y Planificación Familiar para el incremento de la calidad de vida de las personas.1984.
3. Novedades en anticoncepción hormonal. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol.29-Nº 3-2005.
4. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet. 1998 Aug 8;352(9126):428-33. PMID: 9708750 [PubMed - indexed for MEDLINE]
5. Ho PC. Emergency contraception: methods and efficacy. Curr Opin Obstet Gynecol 2000; 12:175-79.
6. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet. 1999 Feb 27;353(9154):721. No abstract available. PMID: 10073517 [PubMed - indexed for MEDLINE].
7. Mena P. El Levonorgestrel ¿ un anticonceptivo o un anticonceptivo/abortivo?. Publicación en ACI digital. www.aciprensa.com. 2004.
8. WHO, 1998 b; Piaggio G y cols., 1998; Rodríguez I y cols, 2001; von Hertzen H y cols, 2002; Ellertson C y cols, 2003; Trussell J y cols, 2003; Piaggio G y cols, 2003.
9. S. Ruiz Sanz, E. Güell Pérez, C. Herranz Calvo, C. Pedraza Moreno. Anticoncepción postcoital. Características de la demanda. Area IV del Instituto Madrileño de la Salud. SemFYC. Atención Primaria 2002. Vol.30-Nº 06.
10. Indicadores de Portal Mayores (<http://www.imsersomayores.csic.es>). Población por edad y sexo (grupos quinquenales), 2004. Fuente: INEBASE. Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. INE, 2005
11. Serrano I. Spectos sociales de la anticoncepción de emergencia. Diálogos 2001; 47:21-6
12. Ineichen B, Logie J, Rowlands S, Lawrenson R. Patterns of prescription of PC4 by general practitioners in England and Wales. Eur J Contracept Reproduct Health Care 2000;5:241-7

13. Cárdenas Cruz DP, Parrilla Ruiz F, Mengibar Gómez MM, Espinosa Fernández M, Issa Khozouz Ziad, Cárdenas Cruz A. Perfil de la solicitante de la píldora postcoital (Levonorgestrel) en unidades de urgencias. *Medicina de Familia (And)* 2002; 3:179-183.
14. Gómez Jiménez FJ, Bullejos López AL. Anticoncepción de urgencia: ¿ Los nuevos Médicos de Familia nos mostramos dispuestos a utilizar la píldora del día después?. *Medicina de familia (And)* 2003; 3: 184-190.
15. Robledo Martín E, Voces García D. Cobertura legal de anticoncepción en adolescentes. *Atención Primaria* 1997;20:573.
16. De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril.* 2005Aug;84(2):296-9. PMID: 16084867 [PubMed - indexed for MEDLINE]
17. B. Gomes MP, Deitcher SR. Risk of venous thromboembolic disease associated with hormonal contraceptives and hormone replacement therapy: a clinical review. *Arch Intern Med.* 2004 Oct11;164(18):1965-76. Review. PMID: 15477430 [PubMed - indexed for MEDLINE].
18. Farmer RD, Lawrenson RA. Oral contraceptives and venous thromboembolic disease: the findings from database studies in the United Kingdom and Germany. *Am J Obstet Gynecol.* 1998 Sep;179(3 Pt 2):S78-86. PMID: 9753314 [PubMed - indexed for MEDLINE]
19. Chief Medical Officer. Update #35. January 2000.
20. Basu A, Candelier C. Ectopic pregnancy with postcoital contraception—a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005 Mar;10(1):6-8. PMID: 16036291 [PubMed – indexed]
21. Jian Z, Linan C. Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003 Dec;8(4):225-8. PMID: 15006270 [PubMed - indexed for MEDLINE]
22. Sheffer-Mimouni G, Puzner D, Maslovitch S, Lessing JB, Gamzu R. Ectopic pregnancies following emergency levonorgestrel. *Contraception.* 2003Apr;67(4):267-9. PMID: 12684145 [PubMed - indexed for MEDLINE]
23. Gainer E, Mery C, Ulmann A. Levonorgestrel-only emergency contraception: real-world tolerance and efficacy. *Contraception.* 2001Jul;64(1):17-21. PMID: 11535208 [PubMed - indexed for MEDLINE]
24. Ministerio de sanidad y C. Interrupción Voluntaria del Embarazo. www.msc.es/profesionales/salud pública/prevpromoción/embarazo.
25. British Study Show Morning After Pill Don't Reduce Abortion Rate in U.K., *LifeNews.* 2004.
26. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios Fichas Técnicas de Nor Levo® y Postinor®. Ministerio de Sanidad y Consumo 2001.

Análise da incapacidade temporal en traballadores dunha área de saúde de Atención Primaria

Segade Buceta, Xosé Manuel

Técnico de Saúde Pública. XAP de Santiago. Doutor en Medicina. Esp. en Med. Preventiva e Saúde Pública

García Cedrón, Ana María

Médico de Familia. Centro de Saúde de Sarria (Lugo). Epidemióloga

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 256-261

RESUMO

Obxectivo: medir a incidencia das Incapacidades Temporais (IT) nos traballadores de atención primaria e comprobar a súa relación con diversas variables de interese.

Deseño: estudo de incidencia.

Participantes: todas as IT ocorridas durante tres anos (2004-2006) e sufridas polos traballadores da Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela.

Medicións Principais: idade, sexo, data de inicio, data de finalización, motivo (enfermidade común, accidente de traballo ou accidente non laboral), categoría estatutaria do traballador e tipo de vínculo coa praza.

Resultados: Nos tres anos estudados producíronse un total de 2.204 episodios de IT. Un total de 2.130 baixas foron motivados por enfermidade común (96,6%); os accidentes de traballo foron 53 (2,4%) e os accidentes non laborais o 1% restante. A idade mediana dos traballadores con episodios de IT foi de 47,2 anos (DC= 6,8), cun 63,2% de mulleres. A taxa de IT global para todo o período foi de 25,1 por 10.000 persoas-días. As taxas máis altas déronse entre o persoal de servizos xerais (PSX) e enfermería, cun 31 e 30,9 respectivamente. O índice de frecuencia global foi de 0,85 IT por traballador e ano. A duración mediana de baixas foi de 10 días (DC= 23,2). A mediana dos días de baixa varía segundo o motivo, sendo de 55 para os accidentes de traballo e de 9 para as enfermidades comúns. Tendo en conta este último motivo, a duración mediana das baixas é maior nas mulleres, nos propietarios e nas auxiliares de enfermería.

Dirección para correspondencia:

Dr. Xosé M. Segade Buceta
XAP de Santiago. Praza Martín Herrera, 2
15706 Santiago de Compostela. E-mail: xose.segade.buceta@sergas.es

Conclusións: a incidencia dos episodios de IT en traballadores de atención primaria é alta, e máis acentuada en certas categorías. Sen embargo, as IT son máis curtas cás da poboación xeral.

Palabras clave: Incapacidade Temporal. Persoal Sanitario. Atención Primaria.

Conflitos de intereses: Ningún

INTRODUCCIÓN

A incapacidade laboral defínese coma a situación na que un traballador, por motivo de enfermidade ou accidente, non pode realizar o seu traballo habitual. Segundo a súa duración, pode ser de carácter transitorio (incapacidade temporal ou IT) ou indefinido (incapacidade permanente ou IP), a cal é tramitada unha vez transcurridos 18 meses dende o comezo da IT, ou ben dende o momento en que se prevea que, dada a natureza da enfermidade ou lesión do traballador, este non poderá desenvolver o seu traballo habitual¹.

TÁBOA 1

Número de traballadores segundo categoría profesional. Área de Atención Primaria de Santiago. Ano 2006

Categoría Profesional	Número	Grupo
Médicos	272	A
Enfermería	217	B
Persoal Servizos Xerais	78	D
Celador	62	E
Pediatra A.P.	46	A
Grupo Auxiliar Función Administrativa	43	D
Auxiliar Enfermería	33	D
Matrona	33	B
MIR en formación	32	A
Fisioterapeuta	14	B
Odontólogo A.P.	12	A
Traballadora Social	8	B
Farmacéutico A.P.	7	A
Directivo X.A.P.	6	A
Grupo Xestión Función Administrativa	5	B
Grupo Administrativo Función Admtva	4	C
Psicólogo	4	A
Técnico Especialista	3	C
TOTAL	879	

O incremento das baixas laborais entre o persoal sanitario sería unha manifestación de que os factores organizacionais e laborais son inadecuados para os profesionais. Isto non só ocorre en sanidade, senón tamén noutros colectivos, coma o docente².

Son realmente escasos os estudos centrados nas IT nos traballadores pertencentes á atención primaria e que recollan información relativa a todas as categorías profesionais. Por este motivo propuxémosnos a realización deste estudo, que ten coma obxectivos os seguintes: medir a incidencia das IT nos traballadores de atención primaria e comprobar a súa relación con diversas variables de interese.

MATERIAL E MÉTODOS

A poboación obxecto de estudo foron todas as IT ocorridas durante tres anos (2004-2006) e sufridas polos traballadores da Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela. A día 1 de xaneiro de 2006, esta área contaba cun total de 879 traballadores (na táboa 1 aparecen reflectidos segundo categoría profesional).

A fonte de datos, para este estudo de incidencia, foi a aplicación informática de persoal e nóminas do SERGAS, dispoñible na Xerencia de Atención Primaria (XAP) de Santiago e que permite a consulta das IT dos seus traballadores.

Coma criterios de inclusión aceptouse ter estado en situación de IT por algún dos seguintes motivos: enfermidade común, accidente de traballo e accidente non laboral. Foi loxicamente excluído o "descanso maternal" porque xa dende o ano 1995 a maternidade deixou de ser considerada como causa de IT.

De cada proceso de IT recolléronse as seguintes variables: idade, sexo, data de inicio, data de finalización, motivo (enfermidade común, accidente de traballo ou accidente non laboral), categoría estatutaria do traballador e tipo de vínculo coa praza. Non se puido recoller o diagnóstico xa que este non figura na devandita aplicación informática.

O procesamento dos datos foi realizado co paquete estatístico SPSS. Para a análise dos resultados empregáronse índices estatísticos descritivos para variables cualitativas (tipo proporción) e cuantitativas [media coa súa correspondente desviación estándar (DE) ou mediana coa desviación cuartil (DC), dependendo da distribución da variable cuantitativa]. Para medir a frecuencia de episodios de IT calculouse a taxa de IT por 10.000 persoas-día para cada unha das categorías, onde a dita taxa para unha categoría i dada é igual a:

$$\frac{\sum \text{episodios de IT}_i}{(\sum \text{persoas días de seguimento}_i - \sum \text{persoas días de baixa}_i)}$$

Tamén se calculou o índice de frecuencia de IT (promedio de IT nun ano / número de traballadores), o que nos daría o número de IT por traballador e ano.

RESULTADOS

Nos tres anos estudados producíronse un total de 2.204 episodios de IT. O número de episodios sufriu sucesivos incrementos interanuais (631 no ano 2004, 759 no 2005 e 814 no 2006); por tanto, o incremento 2004-2006 foi dun 29%. O mes no que se produciron máis baixas foi marzo co 11,2% e o menos foi xullo con só o 4,9% (figura 1). Por días da semana (figura 2), as baixas foron máis numerosas nos luns (26%) e as altas nos venres (27,1%).

FIGURA 1

Episodios de IT segundo mes de incidencia

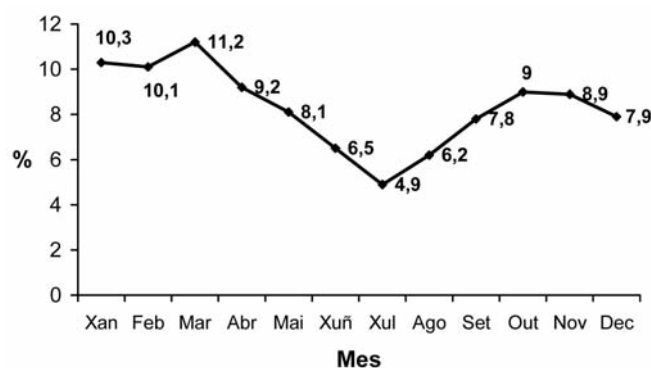
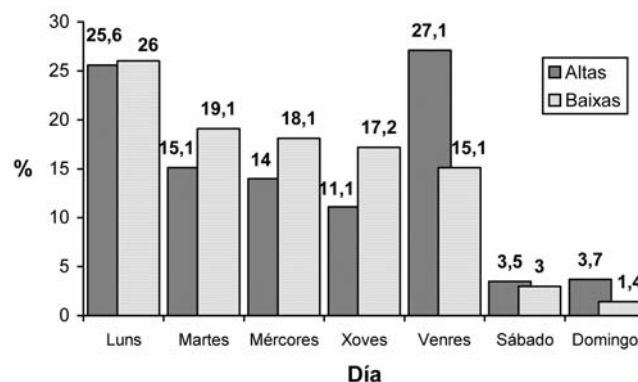


FIGURA 2

Distribución das baixas e altas segundo día da semana



Un total de 2.130 episodios foron motivados por enfermidade común (96,6%); os accidentes de traballo foron 53 (2,4%) e os accidentes non laborais o 1% restante (21 casos).

A idade mediana dos traballadores con episodios de IT foi de 47,2 anos (DC= 6,8), cun 63,2% de mulleres.

A taxa de IT global para todo o período foi de 25,1 por 10.000 persoas-días. As taxas máis altas déronse entre o persoal de servizos xerais (PSX) e enfermaría, cun 31 e 30,9 respectivamente (táboa 2); a máis baixa, con diferenza, deuse entre os MIR (con só 2,4 por 10.000 persoas-días). Por outra banda, as taxas de IT son máis altas nas mulleres, nos traballadores maiores e nos profesionais coa praza en propiedade (táboa 3).

TÁBOA 2

Taxas de IT por 10.000 persoas-día segundo categoría (ordeación decrecente).

Categoría profesional	Tempo de seguimento (días)	Nº de IT	Duración IT	Taxas
Personal Servizos Xerais	80.300	227	7.038	31,0
Enfermería	234.330	651	23.759	30,9
Fisioterapeuta	15.330	41	1.396	29,4
Médico de Familia	291.635	718	17.554	26,2
Pediatra A.P.	50.005	119	1.932	24,8
Auxiliar de Enfermería	36.135	76	5.035	24,4
Odontólogo A.P.	13.140	29	1.068	24,0
Gr. Aux. Función Admva	46.720	103	3.472	23,8
Celador	71.175	143	4.913	21,6
Gr. Admvo. Función Admva	4.380	9	160	21,3
Gr. Xestión Función Admva	4.745	7	363	16,0
Técnico Especialista	3.285	5	77	15,6
Farmacéutico A.P.	6.570	9	305	14,4
Traballadora Social	8.760	12	345	14,3
Psicólogo	4.380	6	68	13,9
Matrona	36.135	35	1.750	10,2
Directivo X.A.P.	6.205	6	211	10,0
MIR en formación	33.945	8	119	2,4
TOTAL	947.175	2.204	69.565	25,1

TÁBOA 3

Taxas de IT por 10.000 persoas-día segundo sexo, grupo de idade e vínculo

Categoría profesional	Tempo de seguimento (días)	Nº de IT	Duración IT	Taxas
Xénero				
Masculino	397.340	812	23.065	21,7
Feminino	549.835	1.392	46.500	27,7
Grupos de idade (cuartiles)				
≤ 35	223.055	419	12.241	19,9
36-45	254.304	566	16.888	23,8
46-51	252.149	653	20.471	28,2
≥ 52	217.667	566	19.965	28,6
Tipo de vínculo				
Propietarios	518.105	1.279	44.855	27,0
Interinos	234.899	561	17.149	25,8
Eventuais	194.171	364	7.561	19,5
TOTAL	947.175	2.204	69.565	25,1

O índice de frecuencia global foi de 0,85 IT por traballador e ano. Por categoría profesional mantense a mesma orde: PSX (1,03), enfermaría (1,01), fisioterapeutas (0,98) e médicos de familia (0,90).

A duración mediana de baixas foi de 10 días (DC= 23,2) e a suma dos días de IT nos tres anos foi de 67.820 (22.607 días/ano). A mediana dos días de baixa varía segundo o motivo, sendo de 55 para os accidentes de traballo e de 9 para as enfermidades comúns (táboa 4). Tendo en conta este último motivo, a duración mediana das baixas é maior nas mulleres, nos propietarios e nas auxiliares de enfermaría (táboa 5). Non hai diferenza relevante entre os diferentes grupos de idade. Estratificando por sexo mantense a mesma duración mediana nos médicos de familia e pediatras, sendo diferente en enfermaría (11 días en homes e 12,5 en mulleres), PSX (8 días en homes e 12 en mulleres) e no grupo auxiliar administrativo (6 días en homes e 12 en mulleres).

DISCUSIÓN

Como se mencionou na introducción, son realmente escasos os estudos centrados nas IT nos traballadores pertencentes a atención

primaria. Así, a modo de exemplo, nunha recente publicación en Atención Primaria³ figura como poboación obxecto de estudo os episodios de IT acontecidos en traballadores do sector sanitario, tanto de primaria coma de especializada. O presente estudo aporta ademais algo que consideramos moi relevante, isto é, a incidencia das IT segundo diversas variables de persoa, fundamentalmente a que se refere ás diferentes categorías profesionais da atención primaria. Obviamente é normal que haxa un maior número de baixas entre os médicos e persoal de enfermería por mor de ser o colectivo máis numeroso; sendo por tanto a taxa de incidencia a medida de frecuencia máis idónea para unha análise correcta.

TÁBOA 4

Duración das IT segundo motivo

Motivo	Mediana	P ₂₅	P ₇₅	DC	Total días IT/ano	%
Enfermidade común	9	4	26	11	20.965	92,7
Accidente NON laboral	39	17	78,5	30,8	352	1,6
Accidente de traballo	55	15	120	52,5	1.290	5,7
Global	10	4	27,3	11,6	22.607	100

Pero tamén cómpre mencionar a limitación de non dispor dos diagnósticos de cada baixa, por non figurar ese campo na aplicación informática dispoñible na Xerencia. De todos os xeitos pensamos que isto non lle resta transcendencia a este traballo, cuxo obxectivo principal non se ve afectado coa ausencia desta variable.

Actuando con rigor epidemiolóxico, é importante sinalar que os resultados deste estudo son aplicables aos traballadores de atención primaria da Área de Santiago. Dado que todas as xerencias non teñen unhas características organizativas homoxéneas e que tamén hai cambios temporais importantes, os nosos resultados non son extrapolables a outros lugares nin a outros períodos de tempo. Por tanto, ademais, ao traballar con toda a poboación e non ser mostra representativa fóra do marco do estudo, non ten sentido a realización de probas de significación estatística.

En relación precisamente cos resultados, cómpre destacar primeiramente os sucesivos e importantes incrementos interanuais dos episodios de IT, cifrados nun 29% en dous anos (período 2004-2006). Cremos que este aumento poidera estar causado, non tanto por un incremento da morbilidade, senón pola facilidade á hora de conseguir unha baixa para suplir con ela aspectos organizativos, laborais e incluso intereses persoais. O médico de familia, coma axente practicamente exclusivo da emisión de partes de baixa, accede xeralmente á demanda de IT por parte dos que normalmente son os seus compañeiros de traballo no centro de saúde, e non adoita actuar co mesmo rigor que aplica ao resto dos pacientes do seu cupo.

Nos episodios de IT obsérvase un claro patrón estacional, consistente nunha baixada a partir da primavera, acadando no verán o seu valor máis baixo, para despois subir durante os meses de outono e

permanecer altos nos meses de inverno. Este patrón estacional poidera xustificarnos indirectamente unha maior presenza de enfermidades do aparello respiratorio (grupo VIII) e de enfermidades infecciosas (grupo I), como acontece noutros estudos sobre as IT, tanto no sector sanitario³⁻⁷ coma na poboación xeral⁸⁻¹⁴.

O 2,4% das IT foron debidas a accidentes de traballo, o que está en concordancia con outros estudos no sector sanitario⁴ (1,9%) e na poboación xeral¹⁴⁻¹⁵ (1,9-2,1%). A discrepancia está nos accidentes non laborais: mentres estes dous últimos estudos atopan un 12,2%, no noso só foron o 1% das IT. Obviamente tamén é diferente a porcentaxe que representan as enfermidades comúns, máis alta no noso estudo (96,6 vs 85,7%).

Nos traballadores da XAP de Santiago producíronse un total de 25,1 episodios de IT por 10.000 persoas-días. Esta cifra é claramente superior ao estudo de Benavides¹⁶, que obtén unha taxa de 15 por 10.000 persoas-días en persoal hospitalario durante os anos 1992-1995. Poidera ser que a disparidade temporal na realización dos dous traballos explicasen esta diferenza. Por outra banda, os médicos de familia ocupan o cuarto lugar, segundo as taxas de IT, por detrás de PSX, enfermería e fisioterapeutas. Benavides¹⁶ atopa que os facultativos teñen unha taxa de IT bastante máis baixa cás enfermeiras e cás auxiliares. Outros autores⁴⁻⁵ tamén confirman diferenzas entre as distintas categorías profesionais da atención primaria.

Mediante o índice de frecuencia incidencia acumulada comprobamos que o noso (85 episodios de IT por 100 traballadores e ano) é plenamente concordante co global do SERGAS para a atención primaria (83,1 no ano 2004 e 91,8 no 2005); sen embargo, a globalidade da atención especializada do Servizo Galego de Saúde acadaba valores máis baixos (58,2 e 72,2 no 2004 e 2005 respectivamente)¹⁷. Tamén foi un índice considerablemente inferior o 42,7 obtido nun hospital universitario de Madrid⁶. De igual xeito, pero no colectivo médico de atención primaria, o noso índice do 90% supera aos obtidos nun distrito barcelonés¹⁸ (61,1%) e nunha área madrileña⁴ (75% para médicos de cupo e 56% para médicos do novo modelo).

Por outra parte, ao comparar o sector sanitario coa poboación xeral, queda fóra de toda dúbida o maior absentismo do primeiro; así, en estudos realizados na poboación de dúas zonas básicas de saúde de Madrid¹¹, na de Ribadeo¹⁵ e na da provincia de Córdoba¹⁹, obtivéronse uns índices considerablemente máis baixos (8,8-16,7 por 100 traballadores e ano).

A maioría dos estudos coinciden en declarar ás mulleres máis absentistas cós homes, tanto no sector sanitario^{3,6,16,20} coma na poboación xeral^{19,21}. A diferenza neste estudo entre homes e mulleres é de 21,7 vs 27,7 episodios de IT por 10.000 persoas-días ou, dito doutra maneira, de 73,4 vs 91 episodios por cada 100 traballadores e ano.

Antes de discutir os resultados en relación coa duración das IT sería bo facer un apunte de tipo estatístico, relacionado coas medidas de tendencia central e dispersión²²: se a media e a mediana son moi diferentes, está indicando asimetría; e se a DE é "grande" respecto á media, está indicando valores extremos. Nestas situacións adoita ser máis recomendable utilizar a mediana. Precisamente por estas razóns, probablemente a maioría dos estudos que describen a duración das IT fan un "abuso" da media (coa súa correspondente DE). No noso estudo, a mediana da duración das IT foi 10 días (DC=23,2) e a media 31 días (DE=60,5). Á vista destes resultados e, tendo en conta as explicacións anteriores, decidiuse usar a mediana coa súa correspondente desviación cuartil para describir esta variable, aínda que teremos en conta a media para comparar con aqueles estudos que só dan ese valor.

Cada ano na XAP de Santiago perdéronse 22.607 días por IT, o que representa un promedio de 26,1 días por traballador. Este valor, aparentemente alto, está máis influenciado pola maior incidencia das IT antes que pola duración de cada episodio. A duración dos episodios de IT neste estudo (mediana de 10 e media de 31 días) é lixeiramente maior có global da atención primaria do SERGAS (media=29,1 días), pero considerablemente menor cá atención especializada (media=46,6 días)¹⁷. Tamén son menores cás atopadas nun hospital de Soria⁷ (mediana=13 días) e noutro de Madrid⁶ (media=36,9 días) e nunha área de saúde da mesma comunidade³ (media=38,8 días). Na poboación xeral, a duración dos episodios de IT é claramente superior á do sector sanitario; deste xeito, están recollidas duracións medianas de 16-17 días^{10-11,19} e duracións medias de 44,5-74 días^{11,13-15}.

É importante facer fincapé nas duracións das IT segundo a categoría profesional. Médicos de familia e pediatras teñen episodios de IT considerablemente máis curtos (6 días) cás outras categorías (entre 11 e 25 días), segundo quedou reflectido na táboa 5. Nas tres categorías ás que fai referencia a Memoria do Servizo Galego de Saúde, a diferenza tamén está clara: os facultativos 20,9 días, os sanitarios non facultativos 34,5 días e os non sanitarios 33,4 días¹⁷. Un estudo catalán, realizado en médicos de atención primaria¹⁸, establece unha duración media de 26,5 días; cifra bastante coincidente coa do noso estudo: 24,1 días (DE=54,9). Poidera ser que os médicos, coma profesionais importantes do sistema sanitario e cun nivel esixente de responsabilidade, sufren unha maior presión (propia ou dende xerencia) para reincorporarse canto antes ao traballo. A esta presión poden estar contribuíndo a falta de substitutos, o reparto dos pacientes entre os compañeiros do centro de saúde, etc.

Aínda que existen numerosos estudos que atopan unha maior duración da IT en mulleres^{3-4,14-15,20-21,23-26}, tamén os hai que non atopan diferenzas^{5,13,27,28}, ou incluso que observan unha duración superior nos homes²⁹. O que está fóra de toda dúbida é a diferente duración das IT segundo os diagnósticos que as provocan. Así, os diversos autores

inclúen as enfermidades mentais, os tumores e as doenzas do sistema osteomioarticular, coma as enfermidades que causan IT máis prolongadas^{3,13-15,30}.

TÁBOA 5

Duración da IT por enfermidade común segundo xénero, tipo de profesional e vínculo

	Mediana	P ₂₅	P ₇₅	DC
Xénero				
Masculino	7	4	20	8
Feminino	11	5	29	12
Profesional (categorías máis numerosas)				
Médico Familia	6	3	15	6
Pediatra	6	4	12,75	4,4
PSX	11	4,25	26	10,9
Auxiliar Administrativo	11	6,5	29	11,3
Enfermería	12	5	31	13
MIR	15	8	18	5
Celador	13,5	6	30,5	12,3
Matrona	16	5	35,25	15,2
Auxiliar Enfermería	25	9	66	28,5
Vínculo				
Propietarios	10,5	4	29	12,5
Interinos	9	4	28	12
Eventuais	7	3	16	6,5

As enfermidades mentais, a expensas sobre todo da depresión, e os procesos osteomusculares son máis frecuentes en mulleres^{3,6,19}. Esta é unha posible razón que xustifique a maior duración das baixas entre as mulleres, pero poidera haber explicacións adicionais. Comprobouse, ao igual que noutro estudo¹⁸, que entre os médicos non había diferenzas en canto á duración das IT. As baixas das enfermeiras teñen 1,5 días máis de duración cás dos enfermeiros (12,5 vs 11 días), pero as maiores diferenzas danse entre PSX (4 días) e persoal administrativo (6 días). Parece como se o estatus socioeconómico estivera a ter influencia nas diferenzas entre as traballadoras das diversas categorías profesionais. Isto, de todos os xeitos, requiriría como é obvio, de investigación adicional.

PUNTOS CLAVE

Feitos coñecidos:

- A Incapacidade Temporal (IT) constitúe un problema social, sanitario e económico.
- Hai un incremento progresivo da incidencia de episodios de IT na poboación xeral.
- A pesar de todo isto, a IT nos traballadores de atención primaria é un fenómeno pouco estudado.

Aportacións deste estudo:

- A taxa de incidencia de IT nunha área de atención primaria foi de 25,1 episodios por 10.000 persoas días e o índice de frecuencia de 85 episodios por 100 traballadores e ano.
- A incidencia e duración das IT varía segundo categoría profesional, sexo e tipo de vínculo.
- A incidencia de IT no colectivo de traballadores de primaria é maior cá poboación xeral, sendo, sen embargo, de duracións máis curtas.

ESQUEMA DO ESTUDO:

Estudo de incidencia das IT nunha área sanitaria de atención primaria durante un período de 3 anos (N=2.204 episodios).

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Inspección Sanitaria. Manual de Ayuda al Médico para la Gestión de la Incapacidad Temporal. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1996.
2. Informe de actualidad. Las IT en el personal sanitario, ¿un problema encubierto de la gestión de RRHH?. El Médico 2005; 64: 26-50.
3. López S, Albaladejo R, Villanueva R, Domínguez V. Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. Aten Primaria 2006; 38: 550-4.
4. Pérez MV. Análisis descriptivo del absentismo laboral por enfermedad correspondiente al Área III de Atención Primaria de Madrid. Med Segur Trab 1994; 41: 3-21.
5. Lopez-Picazo JJ, Ortin E, Navarro A, Moreno P, Pereñíguez JE. Estudio de la incapacidad laboral transitoria por enfermedad común en trabajadores de una gerencia de atención primaria. Aten Primaria 1995; 16: 85-8.
6. Sanz P, Flores L, Soto S, Villagrasa JR, Berriochoa C. Utilidad de la guía de estándares de duración de procesos de incapacidad laboral transitoria publicada por el Insalud para el médico de cabecera. Aten Primaria 1996; 18: 248-52.
7. Martínez MN, Vázquez M. Estudio epidemiológico del absentismo laboral en el personal hospitalario por dolor de espalda. Rehabilitación (Madr) 2002; 36: 137-42.
8. Gensana A, Curia C, Alfonso S, Jiménez M. Estudio comparativo e la incapacidad laboral transitoria. Cent Salud 1994; 2: 197-203.
9. Oliver A, Pastor S, Roig J, Chover JL. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en la ciudad de Játiva. Rev Sanid Hig Publica (Madr) 1994; 68: 297-302.
10. Ugalde M, Alberquilla Á, González C, Pilas M, Rivera JM. Perfiles de duración de incapacidad laboral transitoria en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. Gac Sanit 1996; 10: 293-8.
11. Alberquilla A, Ugalde M, González C, Pilas M, Rivera JM. Gestión y control de la incapacidad laboral transitoria. ¿Influye el modelo de atención primaria?. Aten Primaria 1996; 17: 40-7.
12. Garrido JC, Fernández M. Estudio de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) en una empresa de ahorro durante un año. Cent Salud 1998; 6; 312-6.
13. Royo MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit 1999; 13: 177-84.
14. González FJ, Cadarso C, Valdés L, Lado ME, Bugarín R, Vilariño C, Hervada X. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. Aten Primaria 2006; 37: 431-8.
15. García AM, Pértega S, Pita S, Santos C, Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. Aten Primaria 2006; 37: 22-9.
16. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit 1999; 13: 185-90.
17. Sistema Sanitario de Galicia. Memoria 2005. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela, 2007.
18. Nebot C, Juvant N, Canela J. Factores condicionantes del absentismo laboral entre los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 257-61.
19. Llergo A, Álvarez E, Vaquero M, Lachica E. Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en la provincia de Córdoba. Med Segur Trab 2005; 51: 27-37.
20. Buitrago F, Lozano L, Fernandez-Lozano C, Bonino F, Candela M, Altimiras J. Incapacidades laborales transitorias de los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. Gac Sanit 1993; 7: 190-5.

21. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernandez-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 11: 293-7.
22. Gosalbes V, Caballero F. *Investigación Clínica en Atención Primaria*. Madrid: Luzán 5 de Ediciones; 2002.
23. Estaun E, Centol I, Castellano P, Centol A, Saavedra P. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en Las Palmas. *Med Segur Trab* 1993; 40: 21-30.
24. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, Savarino J, Liu PY, Salley Ch, Weaver M. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health* 1994; 84: 190-6.
25. Nuñez D, Otero C, Sanz C, Amador J, Fernandez C, Paz J. Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el Área IV de Asturias. *Aten Primaria* 1995; 15: 561-5.
26. Giner AS, Gimenez M. Análisis de la incapacidad laboral transitoria en una zona rural. *Salud Rural* 1999; 16: 57-62.
27. Gervas JJ, Perez MM, Salcedo JA, Barquinero C, García P, Banegas JR. La incapacidad laboral transitoria como parte del plan terapéutico: proceso y resultado. *Rev Sanid Hig Púb* 1990; 64: 759-71.
28. Buitrago F, Espigares M, Luengo L. Análisis de las incapacidades laborales transitorias en la población adscrita a un centro de salud urbano. *Rev Sanid Hig Púb* 1990; 64: 795-804.
29. Escribá V, Perez S, Bolumar F. Absentismo laboral del personal de enfermería de los hospitales valencianos. *Gac Sanit* 1992; 6: 239-44.
30. Moretó A, Sánchez MJ. Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Cuad Gest* 2002; 8: 85-90.

Satisfacción y adherencia en psicoterapia

Sonia González Bardanca

Médico Adjunto Servicio Psiquiatría Juan Canalejo- Marítimo de Oza

Maria Teresa Amboage Paz

Médico Adjunto Servicio Psiquiatría Juan Canalejo- Marítimo de Oza

Javier Sardiña Agra

Psicólogo Clínico Servicio Psiquiatría Juan Canalejo-Marítimo de Oza

Luis Ferrer i Balsebre

Jefe Servicio Psiquiatría Juan Canalejo- Marítimo de Oza

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 262-265

RESUMEN

Objetivo: Describir un perfil de pacientes que incumplen la cita de la consulta de psicoterapia y observar la asociación entre satisfacción de los pacientes en dicho programa psicoterapéutico y el cumplimiento de citas.

Diseño: Transversal con una muestra de pacientes que acuden a consulta de psicoterapia.

Participantes: 32 pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Mediciones principales: Variables de filiación, diagnósticos principales, cumplimiento de la cita de consulta, escala de satisfacción al tratamiento de Larsen.

Resultados: El 76,9% son mujeres. 80,8% puntuaron que estaban bastante o muy satisfechos con la psicoterapia. No se observan diferencias relevantes al observar los datos en función de la edad, sexo, o estado civil en lo relativo al grado de satisfacción.

El 15,38% de los pacientes acudieron a todas las consultas programadas. Hasta un 50% han faltado entre 1-10% de las consultas; un 27,07% han faltado entre el 30-40% de las citas, y hasta el 11,53% han faltado entre un 70-80% del total de las citas psicoterapéuticas programadas.

Los pacientes que faltaron más del 30% de las citas dan puntuaciones más elevadas en cuanto a nivel subjetivo de satisfacción y solamente aquel porcentaje de pacientes que da puntuaciones de no satisfecho o poco satisfecho, son los que no acuden a las consultas en un 90% de las veces. El grupo de pacientes que más falta a citas son pacientes con cuadros adaptativos y que no tienen filiado ningún trastorno en el eje II. Los más cumplidores están diagnosticados de Trastorno de Ansiedad y Trastornos Disociativos.

Conclusiones: Los usuarios de esta muestra refieren estar satisfechos con el programa psicoterapéutico. No parece tener relación la satisfacción con el cumplimiento de la cita. El abandono de consul-

tas coincide con un perfil similar, siendo generalmente mujeres, con grado de satisfacción positivo y diagnóstico de Trastorno Adaptativo. Es necesario realizar estudios con más casos.

Palabras clave: Satisfacción, Cumplimiento de cita, Psicoterapia.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un 30% de los pacientes atendidos en una consulta psiquiatría ambulatoria (USM) se derivan a psicoterapia para tratamiento alternativo o concomitante al farmacológico a lo largo del seguimiento.

La propia estructura de una terapia de este tipo, basada en el encuentro reiterado entre paciente y terapeuta y en las pautas o estrategias que devienen de esta interrelación, requiere como elemento básico que se garantice su eficacia y el cumplimiento de citas. Por la misma razón, tiene un coste elevado y deben buscarse métodos que optimicen las derivaciones y sus resultados. En la práctica clínica habitual es frecuente que, al derivar a un paciente a una consulta psicológica para iniciar abordaje psicoterapéutico, exista una lista de espera cada vez más larga, lo que conlleva no poder iniciar una terapia adecuada para sus síntomas en poco tiempo y en muchos casos, para cuando les corresponde la cita ya se han planteado otro tipo de ayuda, se ha resuelto la clínica o se ha cronificado la situación (ej. cuadro adaptativo debido a situaciones puntuales de la vida cotidiana que pueden no ser aceptados por el paciente generando clínica ansiosa o depresiva con repercusión en esferas del ámbito familiar, social o laboral, mujer embarazada que no desea tomar psicótrópos pero cuya sintomatología clínica es insoportable para la paciente, trastornos de alimentación en adolescentes, ...) lo que conlleva a una disminución en la eficacia del tratamiento o no hay la motivación que existía previamente para mantener una adherencia terapéutica o el seguimiento a citas.

Por otro lado, hay un porcentaje de pacientes que falta a las citas solicitadas sin motivo aparente, lo que también contribuye a este incre-

mento de lista de espera. Lo que nos ha llevado a plantear la posibilidad de este ítem ("falta a citas sistemáticamente") como un posible factor a tener en cuenta a la hora de valorar la adherencia a la psicoterapia y en una evaluación de los costes en salud mental.

Los resultados de tal evaluación en cuanto a recursos ahorrados^(1,2) se definirían como el resultado de una mejora en el estado de salud; el objetivo de una evaluación económica aplicada a este campo, sería comparar el valor de los recursos consumidos (costes) con los resultados en valor monetario (beneficios) con las mejoras en salud conseguida (utilidad).

Uno de los motivos para esta falta a citas programadas y solicitadas por los propios pacientes podría ser que no estuviesen satisfechos con la terapia recibida o que cuestionasen la profesionalidad o planteasen falta de confianza en el tratamiento aconsejado, lo que también repercutirá en su calidad de vida y en la adherencia a la terapia recibida⁽³⁻⁷⁾.

Los objetivos de este trabajo son describir un perfil de pacientes que presentan un porcentaje mayor de faltas a consulta psicoterapéutica y al mismo tiempo el de aquel grupo de pacientes que acuden habitualmente (planteando esta variable como un posible medidor de adherencia a psicoterapia) y además observar la asociación entre satisfacción subjetiva de los pacientes en dicho programa psicoterapéutico y el cumplimiento de citas.

Obtener información sobre el perfil de los pacientes con mejor adherencia puede ayudar a afinar las derivaciones desde psiquiatría y optimizar los recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra del presente estudio, se obtiene solicitando colaboración de manera voluntaria, a aquellos pacientes que acuden a una consulta psiquiátrica ambulatoria durante 1 mes y que han mantenido citas y seguimiento en las consultas de psicoterapia en, al menos, los últimos 6 meses. Tanto el psicólogo como el psiquiatra y MIR del equipo son las mismas personas. El número total de pacientes que aceptaron participar en el estudio y cumplían estos requisitos es de 32.

Para cada paciente se recogen de la historia clínica las siguientes variables:

- Sexo, edad, estado civil
- Diagnósticos principales en eje I y eje II
- Tratamiento psicofarmacológico: si está o no a tratamiento psicotrópico (en este estudio prácticamente todos los pacientes están a tratamiento farmacológico)
- Número de citas a las que acude y número de citas a las que no acude (no se han contabilizado citas relacionadas con

errores administrativos, dobles citas, o anulaciones de citas si el paciente ha avisado con antelación). Haciendo además un porcentaje de faltas a citas (citas que no acude/ (citas que acude + citas que no acude)) como medida cuantitativa de adherencia.

- Derivación: si la derivación es por indicación médica (médico de familia, psiquiatra u otro especialista) o a petición del paciente.
- Abandono de psicoterapia: si en su última consulta en psicología ha abandonado el tratamiento psicoterapéutico y no solicitará más citas.

A cada paciente se les pasa además una Escala de Satisfacción. Para este trabajo hemos utilizado un cuestionario sencillo sobre Satisfacción al Tratamiento (Larsen⁽⁸⁾ et al, 1979; traducción de Bados, 1989), que consta de 8 ítems sencillos de contestar con 4 respuestas para cada pregunta, puntuadas de 0 a 3 de manera gradual de menor a mayor satisfacción. Hemos dividido a su vez los resultados en 4 bloques (0-6: no satisfechos, 6-12: levemente satisfechos; 12-18: bastante satisfechos; 18-24: muy satisfechos).

Las variables mencionadas se cruzan con el cumplimiento.

Se analizan estas variables un protocolo diseñado para ello mediante el programa estadístico SPSS 11,5 para Windows

RESULTADOS

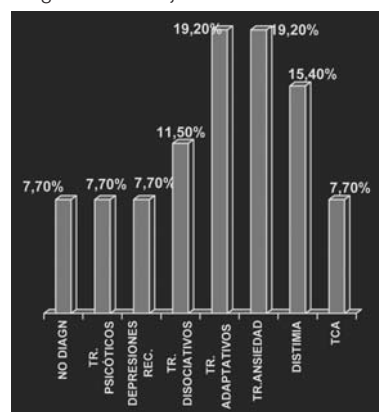
Es un estudio con voluntarios, en una muestra estudiada donde el 76,9% son mujeres y el 23,1% son hombres.

La media de edad es 34,77 años (desviación estándar de 12,2; rango 17-65).

En cuanto a estado civil: 30,8% está soltero o sin pareja, 50% está casado o con pareja estable, un 3,8% separado o divorciado sin pareja y el 11,5% separado o divorciado con pareja.

FIGURA 1

Proporción de diagnósticos en Eje I

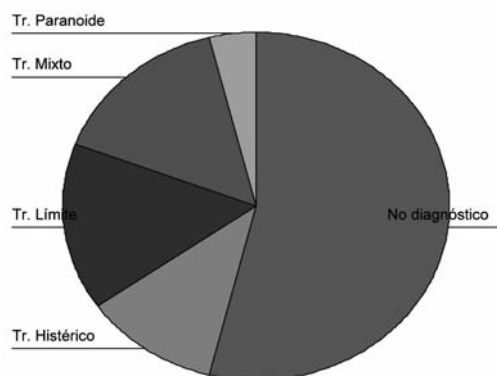


En cuanto al perfil del diagnóstico en eje I (donde se codifican los Trastornos psiquiátricos) se recoge que el 7,7% no tienen diagnóstico previo conocido en el eje I; un 7,7% son pacientes con cuadros clínicos filiados como Trastornos psicóticos; otro 7,7% son diagnosticados como Depresiones recurrentes; sobre el 11,5% de los pacientes que participan presentan cuadro de Trastorno disociativo; un porcentaje mayor del 19,2% tienen un Trastorno Adaptativo (bien mixto bien diferenciados entre ansioso o depresivo); otro 19,2% son considerados cuadros de Ansiedad (incluyendo fobias, agorafobia, Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo); el 15,4% T. Distimia (con o sin somatizaciones), un 7,7% TCA y un 3,8% otros (Figura 1).

En lo referente a perfil diagnóstico eje II (donde estarían codificados los diagnósticos de Trastornos de personalidad y del desarrollo, así como de Retraso Mental): hasta el 53,8% de los pacientes no tenía diagnóstico previo en eje II, un 11,5% estaba diagnosticado como Trastorno de personalidad de tipo histriónico, el 15,4% presentará un Trastorno de personalidad Límite, otro 15,4% TP mixto, y un 3,8% de los pacientes presenta un Trastorno de Personalidad de tipo Paranoide (Figura 2).

FIGURA 2

Proporción de diagnósticos en EJE II



Grado de satisfacción: el 80,8% puntuaron que estaban bastante o muy satisfechos con la psicoterapia (Figura 3).

El 15,38% de los pacientes acudieron a todas las consultas programadas. Hasta un 50% han faltado entre 1-10% de las consultas; un 27,07% han faltado entre el 30-40% de las citas, y hasta el 11,53% han faltado entre un 70-80% del total de las citas psicoterapéuticas programadas (Figura 4).

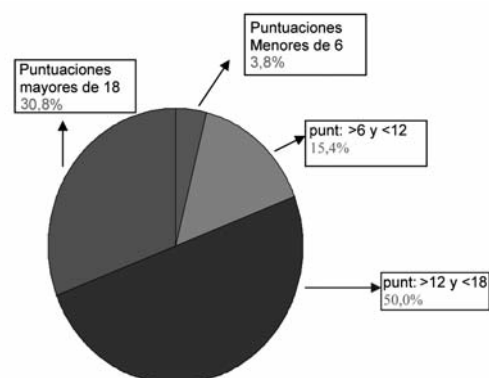
Un 96,2% sigue tratamiento psicofarmacológico y ha sido derivado a consultas de psicología por indicación médica.

Aproximadamente el 26,9% de los pacientes ha decidido abandonar las consultas con el psicólogo en su última cita. De este grupo que

abandonaron el tratamiento el perfil característico es un patrón femenino, con pareja estable que presentan cuadros adaptativos y que por otro lado puntúan estar satisfechas con la psicoterapia.

FIGURA 3

Grado de Satisfacción en el cuestionario

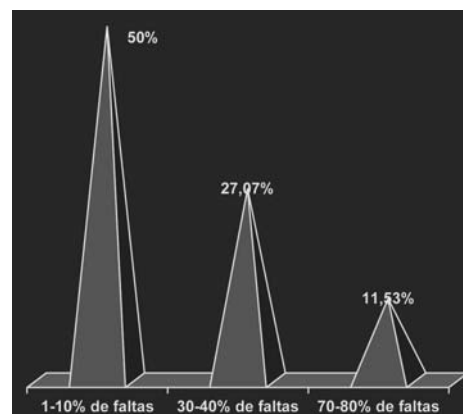


Los pacientes que faltaron más del 30% de las citas dan puntuaciones más elevadas en cuanto a nivel subjetivo de satisfacción y solamente aquel porcentaje de pacientes que da puntuaciones de no satisfecho o poco satisfecho, son los que no acuden a las consultas en un 90% de las veces.

Los pacientes psicóticos son los que responden al cuestionario como más insatisfechos. Estos datos aportan pocas conclusiones en cuanto a posibles motivos de falta a citas en relación con la satisfacción porque un porcentaje importante refiere estar satisfecho con las consultas realizadas y sigue faltando a citas.

FIGURA 4

Incumplimiento de citas



Los pacientes con cuadros de trastornos de ansiedad, disociación, depresión (recurrente, distimia) o TCA en general se encuentran satisfechos. Por otro lado, dentro de estos los que no tienen diagnóstico en eje II, dan puntuaciones más altas así como los trastornos histriónicos. Dentro de los cuadros de personalidad los que dan puntua-

ciones más bajas son los límites o los mixtos; resultados ya previsibles en relación a los rasgos de personalidad que les caracteriza.

No se observan diferencias relevantes al observar los datos en función de la edad, sexo, o estado civil en lo relativo al grado de satisfacción.

El grupo de pacientes que más falta citas son pacientes con cuadros adaptativos y que no tienen filiado ningún trastorno en el eje II. Esto puede hacerlos pensar que la levedad del cuadro o la remisión del mismo podrían influir en el abandono de las mismas.

Los que tienen menos de un 20% de faltas a citas son cuadros psicóticos, a pesar de que se muestran insatisfechos con ellas, los cuadros ansiosos (en donde habíamos incluido TOC, fobias, ansiedad generalizada) y los cuadros disociativos.

Otros datos relevantes de la muestra es que dentro del grupo que no han faltado en ninguna ocasión el género es femenino y de los que faltaron a consulta en mayor proporción eran pacientes con antecedentes de separación o divorcio previo.

DISCUSIÓN

En general los usuarios de esta muestra refieren estar satisfechos con el programa psicoterapéutico.

Los datos obtenidos hasta el momento en este trabajo solo nos permiten hacer hipótesis que apuntan que aunque los pacientes tengan un porcentaje importante de faltas a citas, se muestran a nivel global satisfechos. Si queremos considerar la satisfacción como un posible motivo para no acudir a citas, es un indicador poco fiable; si bien un posible factor que puede influir en estos resultados es la duda de los pacientes a que estos resultados puedan ser tenidos en cuenta por parte de los profesionales que les están tratando (desde un primer momento se les dijo que estos datos serían usados únicamente para valorar la calidad del servicio y no influyendo en la asistencia terapéutica).

El abandono de consultas coincide con un perfil similar, siendo generalmente mujeres, con grado de satisfacción positivo y diagnóstico de T. adaptativo. Podríamos pensar que son cuadros que remiten en cortos periodos de tiempo y habitualmente de buen pronóstico, lo que hace que la paciente deje de acudir a citas; o por otro lado el tiempo de espera de tratamiento psicoterapéutico pueda ser excesivo resolviéndose por otros medios el proceso.

Los pacientes diagnosticados de Trastorno de Ansiedad (incluyendo tanto Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo

Compulsivo y fobias) y Trastornos Disociativos, son los que más respetan las citas. Podría hacer pensar que este grupo de pacientes se benefician más del programa psicoterapéutico.

Sería conveniente e interesante realizar estudios de una muestra más amplia para poder dar más peso a los resultados y poder contrastar hipótesis que van surgiendo. El obtener conclusiones a este respecto podría permitir optimizar los recursos disponibles para mejorar la calidad de la asistencia y permitir poder abordar cuadros clínicos que se beneficiasen de estas consultas.

PUNTOS CLAVE

Hechos conocidos

- Un 30% de los pacientes atendidos en una consulta de psiquiatría ambulatoria se derivan a psicoterapia para tratamiento alternativo o concomitante con el farmacológico.
- El cumplimiento de la cita es importante tanto para la eficacia de la consulta como para su eficiencia.

Aportaciones de este estudio

- La mayoría de los pacientes está satisfecho con la consulta de psicoterapia.
- Los más incumplidores no tienen trastornos en Eje II y son cuadros adaptativos. Los más cumplidores están diagnosticados de Trastorno de Ansiedad y Trastornos Disociativos.
- La satisfacción con la consulta no parece tener relación con el cumplimiento de la cita.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Gutierrez, JC. Pomeroy López-Alberca, C. Carulla, L. Evaluación de los Costes en Salud Mental. Cap. 136. Tratado de Psiquiatría Vol II. Cap.136:2152-2162. Ars Médica. Barcelona, 2005.
2. Drummond, M. O'Brien, BJ. Stoddart, GL. Torrance, GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2ª Ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
3. Druss, BG. Rosenheck, RA. Stolar, M: Patient satisfaction and administrative measure as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatry Services* 50: 1053-1058, 1999.
4. Williams, B. Wilkinson, G: Patient satisfaction in mental health care: evaluating an evaluative method. *British Journal of Psychiatry* 166:559-562, 1995.
5. Perreault, M. Rogers, WL. Leichner, P. et al: Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. *Psychiatry Services* 47:287-292, 1996 (Abstract).
6. Garland, AF. Aarons, GA. Hawley, KM. Hough, RL. Relationship of Youth Satisfaction with Mental Health Services and Changes in Symptoms and Functioning. *Psychiatr. Serv.* Nov 1, 2003; 54(11): 1544-1546.(Abstract).
7. Moller-Leimkuhler AM, Dunkel R, Muller P. Determinants of patient satisfaction: treatment and clinical factors, subjective concept of the illness and quality of life. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2002. Aug; 70 (8): 410-7. (Abstract).
8. Larsen, DL. Attkisson, CC. Hargreaves, WA. Nguyen, TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann:* 1979; 2(3):197-207.