

resolutivas, ya que generaron una proporción significativamente menor de exploraciones complementarias, y una tendencia a una menor derivación al especialista.

La proporción de reconsulta entre las vistas realizadas con continuidad fue de un 29,13%, y de un 39,03% cuando estas se realizan sin continuidad. Tal como aparece en la [tabla 1](#), este mayor índice de reconsulta en las visitas sin continuidad apareció de forma estadísticamente significativa en todos los grupos de edad y sexo, para todos los tipos de visita, incluso para las visitas espontáneas, y también en las consultas que generaron recetas o pruebas complementarias. La diferencia únicamente no llegó a ser estadísticamente significativa en aquellos casos en los que la visita acababa con una derivación al especialista.

Esta observación comprueba la hipótesis de que cuando los pacientes son visitados por su médico de familia habitual reconsultan menos que cuando son atendidos por cualquier otro médico del centro. La reconsulta se produce incluso en las demandas espontáneas de personas jóvenes que a menudo se consideran el paradigma de aquellas situaciones en las que los pacientes desean únicamente una solución inmediata al problema de salud con independencia del profesional que lo atiende.

La menor resolución, y mayor prescripción y reconsulta de las visitas sin continuidad hace dudar de que efectivamente en atención primaria los modelos organizativos que no consideran la continuidad sean más eficientes. Puede parecer que cuando se prioriza la atención por el equipo sobre la atención personalizada se ahorra en personal, pero como hemos observado consume más recursos. También son más incómodas para los pacientes ya que un gran número de ellos decide reconsultar el problema con su médico habitual. Este estudio descriptivo hace pensar que a nivel micro también se produce el aumento paradójico de recursos sanitarios que aparece a nivel macro cuando se aplican medidas racionalizadoras del presupuesto sanitario sin una visión asistencial. Lo hemos observado en nuestro país con la aplicación del Real Decreto de medidas urgentes

para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud^{5,6}. Todo hace temer que intentado ahorrar recursos a corto plazo caigamos en el conocido proverbio de pan para hoy y hambre para mañana.

Bibliografía

1. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: Is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999;5:727.
2. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1879–85.
3. Guthrie B. Continuity in UK general practice: A multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Pract*. 2002;19:496–9.
4. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: Analysis of national insurance data. *PLoS One*. 2013;8:e71669.
5. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, Boletín Oficial del Estado N.º 98, 24th April 2012.
6. Gallo P, Gené-Badia J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 2013;113:1–7.

Marina Ruiz Sánchez^a, Joan Gené-Badia^{a,b,c,*}
y Esther Sabidó Sánchez^a

^a CAPSE, EAP Casanova, Barcelona, España

^b Institut Català de la Salut, EAP Casanova, Barcelona, España

^c Universitat de Barcelona, Departament de Salut Pública, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgene@clinic.ub.es (J. Gené-Badia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.008>

Papel de los profesionales sanitarios de los ASSIRes en la vacunación antigripal en gestantes



Role of health professionals of sexual health and reproduction clinics in the influenza vaccination in pregnant women

Sr. Editor:

La gripe es un importante problema de salud pública, también en gestantes, con más riesgo de infección y complicaciones que el resto de la población, sobre todo en casos de comorbilidad¹. La principal estrategia preventiva es la vacunación antigripal (VAG). Una vacuna inactivada y, por tanto, segura durante la gestación, que además reduce el riesgo de hospitalización por gripe², incluso en lactantes hasta los 6 meses de edad³. Sin embargo, aunque

numerosas sociedades científicas e instituciones sanitarias recomiendan la VAG en cualquier trimestre de gestación, la cobertura continúa siendo baja. En España, en 2007/08 se situó en un 4,1% según datos autoinformados⁴.

Además de la percepción del riesgo de gripe, y los conocimientos y actitudes frente a la vacunación, destacan como factores predictores de la VAG en gestantes, la recomendación por parte de los sanitarios^{5,6}. En Cataluña, los ASSIRes son centros públicos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, con abordaje preventivo, de promoción de la salud, además de asistencial en los que se atienden a las gestantes. Se realizó un estudio para conocer la cobertura de la VAG en estos centros, y analizar los factores asociados ([tabla 1](#)).

En junio de 2014 se aplicó una encuesta telefónica transversal a gestantes atendidas de bajo riesgo, durante la temporada gripal 2013/14, por matrones/as en 7 ASSIRes de zonas con diferente concentración demográfica de Cataluña. El tamaño muestral se calculó bajo el supuesto de cobertura de la VAG 4,1%, un riesgo alfa del 5% y una precisión del

Tabla 1 Variables asociadas independientemente con la vacunación antigripal en gestantes. Análisis de regresión logística

Variable	ORc	IC 95%	ORa	IC 95%
ASSIRes con dirección por objetivos	5,7	1,8-17,7	6,8	1,9-25,4
Haber recibido consejo sobre la vacunación antigripal por parte del matrn/a	8,0	4,0-15,7	10,7	4,8-23,7
Haberse vacunado contra la gripe en temporadas anteriores	3,4	2,0-5,7	3,4	1,0-11,2
Crear en los beneficios de la vacunación antigripal	4,6	1,9-11,1	4,1	1,4-11,4

ASSIRes: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva; ORa: *odds ratio* ajustada; ORc: *odds ratio* cruda; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

$\pm 2,5\%$. El sistema de muestreo de las gestantes fue estratificado, aleatorizado y proporcional por ASSIRes.

La variable dependiente fue la VAG de la gestante (autoinformada y contrastada en historia clínica). Las variables independientes se agruparon en sociodemográficas, atención sanitaria recibida, conocimientos y actitudes frente a la VAG, antecedente de la VAG e historia obstétrica. Como medida de frecuencia se empleó la prevalencia, y como medida de asociación la *odds ratio* cruda (ORc) y la *odds ratio* ajustada (ORa). Todas estas medidas fueron acompañadas del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC 95%), y el nivel de significación aceptado, fue de $p < 0,05$.

Participaron 328 mujeres, el 48,4% (328/678). No observándose diferencias significativas entre las que aceptaron o no participar respecto a la edad, el país de origen y el ASSIRes. La cobertura de la VAG autoinformada fue del 21,3%, con IC 95%: 16,9-25,7%, frente a la registrada del 16,8% con IC 95%: 12,8-20,8%. El nivel de concordancia positivo entre ambas fuentes de información fue del 74,3% (55/74), y el índice Kappa del 0,773 ($p < 0,001$).

La VAG, constatada en la historia clínica, se asoció con el hecho de ser atendida en un ASSIRes con dirección por objetivos (DPO), haber recibido la recomendación de su matrn/a, creer en los beneficios de la vacunación y haberse vacunado previamente contra la gripe.

Aunque los datos de nuestro estudio cuadruplican los de estudios previos, muestran todavía una baja cobertura de la VAG. Para los sanitarios es primordial considerar que la VAG a las gestantes es una medida preventiva eficaz para reducir la morbimortalidad materno-infantil por gripe, y que su recomendación sanitaria, subrayando los beneficios de la misma, es crucial para su aceptación. Además, el hecho que el ASSIRes determine como DPO que el matrn/a informe y vacune a la gestante atendida, supone el acceso inmediato de la gestante a la VAG, minimizando la pérdida de oportunidad de inmunización. Las prácticas de los matrones/as y el tipo de ASSIRes son claves para mejorar de la cobertura de la VAG en gestantes.

Bibliografía

1. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Uyeki TM. Effects of influenza on pregnant women and infants. *Am J Obs Gynecol* [Internet]. 2012;207 Suppl 3:S3-8.
2. Jamieson DJ, Kissin DM, Bridges CB, Rasmussen SA. Benefits of influenza vaccination during pregnancy for pregnant women. *Am J Obs Gynecol* [Internet]. 2012;207 Suppl 3:S17-20.
3. Dabrera G, Zhao H, Andrews N, Bergum F, Green HK, Ellis K, et al. Effectiveness of seasonal influenza vaccination during pregnancy in preventing influenza infection in infants, England, 2013/14. *Euro Surveill*. 2014;19:1-4.
4. Vilca Yengle LM, Campins Martí M, Cabero Roura L, Rodrigo Pendás JA, Martínez Gómez X, Hermosilla Pérez E, et al. Vacunación antigripal en gestantes. Cobertura vacunal y conocimientos y prácticas de los obstetras. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010;134:146-51.
5. Yuen C, Tarrant M. Determinants of uptake of influenza vaccination among pregnant women - a systematic review. *Vaccine* [Internet]. 2014;32:4602-13.
6. Lu AB, Halim AA, Dendle C, Kotsanas D, Giles ML, Wallace EM, et al. Influenza vaccination uptake amongst pregnant women and maternal care providers is suboptimal. *Vaccine* [Internet]. 2012;30:4055-9.

Rosa Mar Alzuria Alós^{a,c,*} y Joan Torres Puig-gros^{b,c}

^a *Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), Territorial Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut (ICS), Tarragona, España*

^b *Unitat de Vigilància Epidemiològica, Regió Sanitaria Lleida i Alt Pirineu i Aran, Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida, España*

^c *Departament d'Infermeria, Universitat de Lleida, Lleida, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosaalzu@hotmail.com
(R.M. Alzuria Alós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.006>