

Importancia de la atención primaria en el diagnóstico precoz de la apendicitis aguda y su repercusión en la población de Segovia. Aproximación a dicha patología

Objetivos. Conocer la influencia de la atención primaria en el diagnóstico temprano de la apendicitis aguda, así como una aproximación a dicha patología, como primera causa de abdomen agudo.

Diseño. Estudio retrospectivo.

Emplazamiento. Área sanitaria de Segovia, urbana y rural.

Participantes. Pacientes apendicectomizados (161) entre el 1-I-2000 y el 30-X-2000 al presentar clínica compatible con proceso apendicular agudo, excluyendo los menores de 4 años al remitirlos a un centro con cirugía pediátrica.

Mediciones. Las variables registradas fueron edad, sexo, clínica de presentación, tiempo de espera hasta la intervención, pruebas complementarias (analíticas y radiológicas), si fueron o no remitidos desde la atención primaria, anatomía patológica, complicaciones y apendicectomías «blancas».

Resultados y discusión. Un 64,6% de las apendicectomías se practicaron a varones y el 35,4% a mujeres. La edad media fue de 28,7 años, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo. La anatomía patológica predominante fue la flemosa (50,9%), con un tiempo de espera medio hasta la intervención de 22 horas, y sólo un 27,9% de gangrenadas y perforadas (47% en otros trabajos^{1,2}). La gravedad del cuadro, representado por un estado anatómico más avanzado, y el número de complicaciones, están en relación directa con el tiempo transcurrido hasta la intervención³. El diagnóstico preoperatorio continúa siendo un problema no resuelto, sobre todo en edades extremas de la vida, con una presentación atípica, sin signos ni síntomas patognomónicos, ni un método diagnóstico específico (no hemos encontrado diferencias significativas entre la presentación de los distintos parámetros clínicos y el tiempo de espera medio hasta la intervención). La sensibilidad de la ecografía fue sólo del 63,8%, con una tasa de falsos positivos del 66,7%, de negativos del

36,2% y un valor predictivo positivo del 84,6%, por lo que debería limitarse su uso en la duda diagnóstica, sospecha de localización atípica del apéndice y en las apendicectomías complicadas⁵. La sensibilidad de la TAC fue sólo del 60%. Se produjo un 11,5% de apendicectomías «blancas» en varones y el 10,5% en mujeres (otros autores aceptan hasta el 10% en varones y un 30% en mujeres⁶).

El 55,3% de los apendicectomizados fueron remitidos desde la atención primaria u otro servicio de urgencias extrahospitalario (53,5% fueron mayores de 65 años), con un acortamiento en la demora quirúrgica sólo en las apendicitis más evolucionadas (perforadas) (fig. 1), luego habría que priorizar la formación y dotación de la medicina extrahospitalaria, que se ve obligada a atender patología potencialmente grave muchas veces sin los medios adecuados⁴.

R. Gómez Moreno^a,
I. Jiménez Vaquero^b,
N. Monge Ropero^a
y S. González García^a

^aMedicina Familiar y Comunitaria.

^bDoctor en Medicina y Adjunto del Servicio de Cirugía. Hospital General de Segovia. Servicio de Cirugía (Hospital General de Segovia) y Centro de Salud Segovia I, II y III.

1. Gamal R, Moore TC. Appendicitis in children aged 13 years and younger. *Am J Surg* 1990; 159: 589-592.
2. Borushok KF, Jeffrey RB Jr, Laing FC, Towson RR. Sonographic diagnosis of perforation in patients with acute appen-

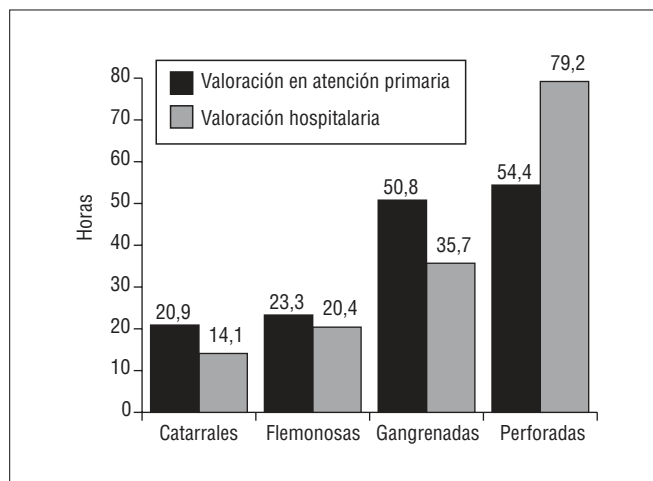


Figura 1. Influencia de la atención primaria en los tiempos de espera.

ditis. *Am J Roentgenol* 1990; 154: 275-278.

3. Benion RS, Thompson JE Jr. Early appendectomy for perforated appendicitis should not be abandoned. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 95-100.
4. Garrido I, Montilla MA, Espejo I, Caballero A, Montero E. Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia. *Aten Primaria* 1997; 20: 361-366.
5. Hidalgo Grau LA, Heredia Budó M, Alonso Cohen M, Casals Vila S. Valor de la ecografía en el diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda. *Cir Esp* 1986; 59: 232-235.
6. De Castro Gutiérrez J, Quer Vall X, Sala Cascante F, Estol Pérez N, Arrabal García P, Guixá Gener M et al. Influencia de la edad y el sexo en el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Cir Esp* 1998; 63: 123-127.

Intervención de enfermería en el autoanálisis de los diabéticos

Desde un punto de vista diabetológico, entendemos por autocontrol aquel conjunto de capacidades que incorporan los conocimientos y las actitudes que han de permitir al diabético tener un control metabólico lo más óptimo posible, basándose en sus propios recursos y habilidades. El autoanálisis es una parte del autocontrol y se puede definir como un conjunto de técnicas que hay que realizar para obtener información sobre la situación de la diabetes.

El autoanálisis de la glucosa en sangre capilar es un componente básico en el plan terapéutico de la diabetes mellitus, ya que es esencial para mejorar la seguridad y la calidad del tratamiento y también para evitar o retrasar la evolución de las complicaciones tardías. El autoanálisis de la glucosa tiene como finalidad determinar la glucemia capilar con relación a diferentes situaciones. Permite que los pacientes diabéticos utilicen estos resultados para ajustar mejor el tratamiento, para identificar y tratar adecuadamente las situaciones de hiperglucemia e hipoglucemia y para facilitar su capacidad de decisión y resolución de problemas.

Diferentes trabajos sobre el consumo de tiras reactivas en pacientes con diabetes mellitus que realizan autoanálisis muestran que el consumo de tiras aumenta con el tiempo. Creemos que es favorecido en gran parte por la accesibilidad de los reflectómetros (bajos costes, simplicidad de uso) y de las tiras (dispensadas en el centro de salud). No se ha demostrado correlación entre el consumo y el grado de control de la diabetes.

Desde la apertura de nuestra área básica de salud (ABS), en 1993, el número de pacientes diabéticos que realizan autoanálisis se ha incrementado considerablemente. El aumento se explica, en parte, por una mayor prevalencia de diabéticos identificados, así como por un mayor consumo de tiras reactivas. Por este motivo, nos pareció necesario adecuar el uso de tiras reactivas mediante recomendaciones consensuadas por todos los profesionales implicados en el control y seguimiento de los pacientes diabéticos.

La indicación de tiras reactivas depende del tipo de diabetes, de la situación clínica del paciente, de los objetivos terapéuticos y del tipo de tratamiento que realiza. Los profesionales sanitarios pautan unas recomendaciones sobre la frecuencia del autoanálisis en función de estas variables, de acuerdo con los estándares establecidos por las sociedades científicas.

Objetivo. El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la intervención de enfermería al adecuar el consumo de tiras de los diabéticos según estándares consensuados, así como conocer el grado de cumplimiento de las pautas indicadas y valorar si la

adecuación del consumo puede modificar el grado de control de la diabetes.

Diseño. Se trata de un estudio de intervención antes y después.

Emplazamiento. El ámbito de estudio es una ABS perteneciente a un medio semi-rural, con una población asignada de 10.562 habitantes con una prevalencia de DM identificada en adultos del 4,5%.

Participantes. El período de inclusión fue de noviembre de 1998 a marzo de 1999, entrando en el estudio todos los pacientes diabéticos que acudían a visita programada de enfermería y reunían criterios siguientes: pacientes diabéticos tipo 2 seguidos habitualmente por el equipo de atención primaria (EAP) que utilizaban reflectómetros para el autoanálisis de la glucosa capilar y tenían un registro previo de consumo de tiras reactivas mínimo de 8 meses antes de la intervención. Excluimos a los pacientes que carecían de datos previos registrados sobre el consumo de tiras reactivas y a aquellos que eran controlados por el endocrinólogo.

Intervención. La intervención consiste en impartir un mensaje educativo previamente consensuado y estandarizado sobre el autoanálisis en sangre capilar. El mensaje incluye la indicación de tiras, el objetivo del autoanálisis y como la periodicidad de uso. Para definir esta información hemos seguido los criterios del Grup d'Estudi de la Diabetes a l'Atenció Primària de Salut (GEDAPS)¹.

El período de intervención se prolongó hasta un año después de incluir el último paciente. Durante este período se dispensaban las tiras reactivas y se efectuaba el seguimiento de los pacientes de acuerdo con el protocolo habitual del ABS, que supone un mínimo de un control de enfermería cada 3 meses.

Mediciones principales. Los pacientes seleccionados para el estudio se citaban en la consulta de enfermería y se informaba del uso y adecuación de las tiras. Para ellos se utilizó un mensaje educativo estandarizado (tabla 1), sobre el autoanálisis en sangre capilar, según las recomendaciones sobre la adecuación de consumo de tiras de las sociedades ya mencionadas (tabla 2).

Las variables analizadas han sido: edad, sexo, tratamiento (dieta, antidiabéticos orales [ADO] y/o insulina); presencia de complicaciones (neuropatía, macroangiopatía; mi-

croangiopatía; nefropatía y/o retinopatía); consumo de tiras reactivas antes de la intervención; consumo postintervención; HbA_{1c} antes de la intervención; HbA_{1c} posterior a la intervención (última HbA_{1c} registrada); pauta indicada de autocontrol; adecuación del consumo pre y postintervención (consumo no desviado $\pm$ 10% respecto a la pauta indicada).

Resultados. Se han seleccionado un total de 79 pacientes, que representa un 19% de diabéticos de nuestra ABS, que cumplían los criterios de inclusión. Se han perdido 8 pacientes: 3 fallecimientos y 5 pacientes que no acudieron a consulta.

La edad media ha sido de 71 años, con una desviación estándar de 10,1. Un 59% son varones y el 41%, mujeres. El tipo de tratamiento se ha distribuido en: 14%, dieta; 39%, antidiabéticos orales; 34%, insulina, y 13%, antidiabéticos más insulina. Un 59,2% presentaba complicaciones a causa de la diabetes.

El consumo medio de tiras reactivas previo a la intervención era de 24,5, y postintervención de 20,4; así pues, han disminuido 3,9 unidades/mes (IC del 95%, 0,34-7,53). Respecto a la adecuación de consumo, en el período previo a la intervención, un 43,6% de los pacientes tenía un consumo dentro de las pautas adecuadas, mientras que en el período posterior a la intervención el grado de adecuación aumentó al 71,8%. Esto representa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,011$).

Respecto al grado de control de la diabetes medido como la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), la media de la HbA_{1c} inicial fue de 7,6 mg/dl y postintervención de 7,8 mg/dl, no encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,291$).

Discusión y conclusiones. A la hora de interpretar nuestros resultados, debemos tener en cuenta un posible sesgo de selección al no incluir pacientes que no disponían de un registro previo de consumo para poder comparar con el resultado final.

En la visita de enfermería se disponía del tiempo necesario para realizar un buen consejo educativo y evitar que no tuvieran la sensación de que el control de las tiras por parte de enfermería era una pura restricción de recursos, ya que en algunos casos la indicación era de un mayor número de autocontroles.

Los resultados indican que la intervención ha permitido mejorar las pautas, así como homogeneizar éstas por todos los profesionales. A muchos pacientes a los que hasta este momento sólo se les realizaba glucemias a una misma hora e incluso un día fijo de la semana, se les indicaron pautas adaptadas a sus necesidades.

El que no hayan descendido los valores de la HbA_{1c} podría deberse a la propia evolución de la enfermedad y a que el nivel de conocimientos sobre los autocontroles no haya servido para modificar pautas de tratamiento.

Respecto a que la monitorización de las glucemias capilares mejore el grado de control metabólico de los pacientes diabéticos, se han publicado resultados contróvertidos. Para Mann et al², en un estudio con niños, la monitorización de la glucemia desempeñaba un escaso papel en el control a largo plazo, siendo una herramienta útil para la resolución de complicaciones agudas. Para Newman et al³ y Wing et al⁴, en estudios a largo plazo, la monitorización de la glucemia capilar no contribuye a mejorar el control glucémico. Albero et al⁵ hallaron que la monitorización de la glucemia capilar no fue un elemento determinante en la disminución de la HbA_{1c}. Para Anderson B⁶ en DM1 mejora significativamente los valores de la HbA_{1c}, siendo superior en comparación con la determinación de glucosurias. En DM2, Rost et al⁷ ponen de manifiesto la importancia de las actividades de autocuidados para el control metabólico, especialmente en cambios dietéticos y la monitorización de glucemias. Fernández et al⁸ destacan la educación sanitaria como denominador común de la disminución de las cifras de HbA_{1c}. Mientras que hay autores^{9,10} que consideran que el tiempo de evolución de la DM, los valores de glucemia y la edad son los únicos factores asociados al desarrollo de las complicaciones específicas de la diabetes, la mayoría de estudios dicen que su control metabólico previene o retrasa la presentación de las mismas, no existiendo la evidencia generalizada de que el autoanálisis mejore las cifras de glucemia o sea efectivo en prevenir complicaciones de la DM¹¹⁻¹⁵.

Habría que hacer estudios prospectivos para verificar si el incremento del consumo

en material de autoanálisis se acompaña de una disminución de complicaciones derivadas de la enfermedad.

Aunque el grado de adecuación de las medidas terapéuticas pudiera ser alto, su cumplimiento sería muy variable, dependiendo en gran parte de la motivación de los profesionales en la educación y del refuerzo positivo que recibe el paciente en una evaluación y interpretación conjunta de los resultados.

Regular el uso de tiras reactivas, siguiendo las pautas que indicamos, puede significar una medida de ahorro a considerar; a pesar de que en nuestro estudio fue un descubrimiento secundario, ya que en ningún momento nos propusimos reducir costes.

Nos planteamos otro trabajo a más largo plazo para valorar el estado de la adecuación; relacionar el uso de tiras para autocontrol con otros parámetros como el tratamiento, el grado de complicaciones, etc.

Agradecimientos

Agradecemos la inestimable colaboración en el soporte técnico y revisión del artículo al Dr. Jordi Coderch de Lassaletta, técnico de salud y director de Evaluación, Información e Investigación del CABE-H. Palamós. Girona.

**A. Ibáñez Jiménez, M. Tauler Suñer,
S. Unanue Urquijo, R. Pascual Ruiz y
X. Pérez Berruezo**

ABS de Torroella de Montgrí. Consorsí
Asistencial del Baix Empordà (CABE).
Girona.

1. Grup d'Estudi de la Diabetes a l'Atenció Primària de Salut (GEDAPS). Guia per al tractament de la diabetes tipus 2 a l'Atenció Primària: octubre 1995; 23.
2. Mann NP, Noronha JL, Johnstone D. A prospective study to evaluate the benefits of long-term self-monitoring of blood glucose in diabetic children. *Diabetes Care* 1984; 7: 322-326.
3. Newman WP, Laqua D, Engelbrecht D. Impact of glucose self-monitoring on glycohemoglobin values in a veteran population. *Arch Intern Med* 1990; 150: 107-110.
4. Wing R, Epstein L, Nowalk MP, Scott N, Koeske R, Hagg S. Does self-monitoring of blood glucose improve dietary compliance for obese patients with type II diabetes? *Am J Med* 1986; 81: 830-836.

5. Albero R, Acha J, Sanz A, Casamayor L, Playán J, Boudel A. Mejoría metabólica de la diabetes mellitus mediante el seguimiento de normas escritas de autocontrol. *Aten Primaria* 1993; 12: 475-478.
6. Anderson B, Ho J, Brackett J, Finkelstein D, Laffel L. Parental involvement in diabetes management task relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 1997; 130: 257-265.
7. Rost KM, Flavin KS, Schmitt LE, McGill JB. Self-care predictors of metabolic control in NIDDM patients. *Diabetes Care* 1990; 13: 1111-1113.
8. Fernández Suárez F, Trueba A, Ferrús JA, Olloqui J, Lorente N, Leoz A. Influencia de un programa de atención al diabético sobre su control. *Aten Primaria* 1995; 15: 341-348.
9. Gookin G. Mortality factors in diabetes. *J Occup Med* 1975; 17: 716.
10. Pirat J. Diabetes and its degenerative complications. A prospective study of 4400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1978; 1: 168.
11. Gallichan M. Self monitoring of glucose by people with diabetes: evidence based practice. *BMJ* 1997; 314: 904-977.
12. Abaira C, Colwell JA, Nuttall FQ, Sawin CT, Nagel NJ, Comstock JP et al. Veterans Affairs Cooperative Study on glycemic control and complications in type II diabetes. Results of the feasibility trial. *Diabetes Care* 1995; 18: 1113-1123.
13. Patrick AW, Gill GV, MacFarlane IA, Cullen A, Power E, Wallymalnne M. Home glucose monitoring in type 2 diabetes: is it a waste of time? *Diabet Med* 1994; 11: 62-65.
14. Alberti KGMM. Role of diabetes. *BMJ* 1991; 14: 593-596.
15. Klein CE, Oboler SK, Prochazka A, Oboler S, Frank M, Glugla M et al. Home blood glucose monitoring: effectiveness in a general population of patients who have non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 597-601.

Infección urinaria por *Oligella urethralis*

Introducción. *Oligella urethralis* es una bacteria que se encuentra como comensal en el tracto genitourinario, sobre todo en mujeres¹. Se considera que tiene un bajo potencial patogénico, pero su aislamiento en muestras invasivas demuestra que ocasiona

nalmente puede causar infección por su naturaleza oportunista.

Previamente *O. urethralis* estaba incluida en el género *Moraxella*, como *M. urethralis*. En 1987 se describe por primera vez un nuevo género, que difiere de *Moraxella*¹. Se propone el nombre de *Oligella*. Es una bacteria de pequeño tamaño y requerimientos nutricionales limitados. En la actualidad este género sólo incluye 2 especies: *O. urethralis* (anteriormente denominada *M. urethralis*) y *O. ureolytica* (previamente incluida en el grupo CDC IVe).

Caso clínico. Se describe el caso de una paciente de 70 años que acude al centro de salud por presentar disuria, polaquiuria y escozor miccional. Entre sus antecedentes figuran parto con desgarro vesical, 2 operaciones de vejiga con secuelas posquirúrgicas, histerectomía, litiasis vesical con expulsión de cálculos blanquecinos e hipertensión arterial controlada farmacológicamente. Radiológicamente, el riñón derecho presenta contorno irregular por la presencia de cicatrices a nivel cortical, sugestivas de pielonefritis crónica. En la urografía se aprecia abolición funcional del riñón izquierdo y signos de perinefritis en sistema excretor derecho.

Durante los últimos años ha presentado infecciones urinarias de repetición (> 3/año) por *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*, tratadas según el resultado del antibiograma. En alguna ocasión se instauró tratamiento de mantenimiento con trimetoprima-sulfametoxazol durante 6 meses. Los últimos episodios inmediatamente anteriores al de la consulta se trataron con fluoroquinolonas.

Al acudir por el cuadro actual, se realizó sedimento urinario, con más de 10 leucocitos/campo y flora bacteriana abundante. El urocultivo se realizó en agar sangre y agar

cled, obteniéndose un recuento de incontables colonias pequeñas, no hemolíticas, de color blanquecino (crecimiento más patente a las 48 horas de incubación). La bacteria aislada era gramnegativa y de morfología cocoide. Con los resultados de las pruebas microbiológicas habituales y los obtenidos con el biocódigo 0000045 del sistema API NE (bioMérieux, Francia), se llegó al diagnóstico microbiológico. La cepa se identificó como *O. urethralis*.

Las pruebas de susceptibilidad antimicrobiana se realizaron por microdilución. La cepa era sensible a ampicilina, amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas, aminoglucósidos, fosfomicina, nitrofurantoína y trimetoprima-sulfametoxazol y resistente a fluoroquinolonas. Se trató con fosfomicina durante una semana, con mejoría rápida del episodio. Posteriormente experimentó un nuevo episodio por *Enterobacter cloacae*. Recientemente se ha sometido a litotricia, permaneciendo sin infecciones urinarias hasta la fecha.

Discusión y conclusiones. Los pocos casos de infección por *O. urethralis* descritos con suficiente información clínica tenían en común la presencia de factores de riesgo. Se ha aislado en líquido articular como causante de artritis séptica en un paciente anciano con adenocarcinoma rectal y condrocalcinosis de rodilla², y en sangre y orina en un caso de urosepsis en un paciente con carcinoma colorrectal y alteraciones renales. También se han descrito 2 casos de peritonitis por *O. urethralis* resistente a quinolonas, asociados a diálisis peritoneal crónica ambulatoria⁴. Ambos pacientes habían sido tratados en repetidas ocasiones con ciprofloxacino. Al encontrarse en el tracto genital femenino puede causar infección genital, como en un caso de vulvovaginitis con abundante leucorrea en una paciente con encefalopatía crónica, como

secuela de prematuridad con enfermedad de membrana hialina⁵.

En nuestra paciente también concurren múltiples factores de riesgo, principalmente insuficiencia renal leve por pielonefritis crónica del riñón derecho y abolición funcional del izquierdo secundaria a infecciones de repetición por alteración vesical. Los tratamientos previos con fluoroquinolonas pudieron favorecer la selección de una especie oportunista resistente a este grupo de antibióticos. El sedimento patológico, con piuria y bacteriuria, la sintomatología y la mejoría tras el tratamiento hacen pensar en *O. urethralis* como agente causal del episodio de infección urinaria.

S. Escobar Mora^a, C. Marne Trapero^a, M. Gascón Val^b y A.I. López Calleja^a

^aServicio de Microbiología.

^bCentro de Salud Almozara. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

1. Rossau R, Kersters K, Falsen E, Jantzen E, Segers P, Union A et al. *Oligella*, a new genus including *Oligella urethralis* comb. nov. (formerly *Moraxella urethralis*) and *Oligella ureolytica* sp. nov. (formerly CDC group IVe): relationship to *Taylorella equigenitalis* and related taxa. *Int J Syst Bacteriol* 1987; 37: 198-210.
2. Mesnard R, Sire JM, Donnio PY, Riou JY, Avril JL. Septic arthritis due to *Oligella urethralis*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1992; 11: 195-196.
3. Pugliese A, Pacris B, Schoch PE, Cunha BA. *Oligella urethralis* urosepsis. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 1069-1070.
4. Riley UBG, Bignardi G, Goldberg L, Johnson AP, Holmes B. Quinolone resistance in *Oligella urethralis*-associated chronic ambulatory peritoneal dialysis peritonitis. *J Infect* 1996; 32: 155-156.
5. Catala A, Simha V, Guillotel B, Rousseau MC. Infection génitale à *Oligella urethralis*. *Presse Méd* 2001; 30: 1007-1008.

Diagnóstico precoz en el cáncer y pronóstico

Sr. Director: Hemos leído con sumo interés el trabajo de Bernal Pérez et al¹ publicado en su revista sobre «tiempo de demora en el diagnóstico del cáncer», y quisiéramos comentar que nos parece importante el esfuerzo realizado por los investigadores, pero la actitud preventiva no siempre tiene los efectos que se intuyen. Es cierto que los profesionales de atención primaria desempeñan un papel muy importante en actividades preventivas, pero el diagnóstico precoz no siempre mejora el pronóstico.

La detección precoz de un cáncer puede mostrar dos fenómenos diferentes²: la extensión limitada de un tumor en el momento del diagnóstico o un corto período de tiempo entre el inicio clínico de la enfermedad y su diagnóstico. En una serie de 378 pacientes con cáncer de pulmón, hemos estudiado la demora, entendiendo como tal el tiempo transcurrido desde el primer síntoma atribuible al cáncer hasta la confirmación anatomopatológica del diagnóstico del cáncer, así como el grado de invasión y la supervivencia. La demora diagnóstica tiene una media de $2,5 \pm 2,3$ meses, con una mediana de 2,1. La demora, a su vez, es independiente del estadio. La supervivencia, tanto al año como a los 2 años, disminuyó progresivamente según el grado de invasión, pero no se ve afectada por la demora, tras ajustar por edad, sexo y estadio. Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que la demora diagnóstica no se relaciona con el grado de invasión³. Dichos hallazgos son consistentes con lo publicado por Porta² y Billings⁴. Hemos encontrado los mismos hallazgos al estudiar el cáncer gástrico, donde la demora no afectó al pronóstico ni a la supervivencia⁵.

Es bien conocido que la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón se correlaciona con el estadio y, por tanto, parece razonable pensar que el retraso en el diagnóstico y tratamiento permiten la progresión tumoral y reducen la supervivencia. Sin embargo, esta aparente contradicción de nuestros resultados podría ser explicada por la idea de que la demora diagnóstica se ve afectada por el comportamiento biológico del tumor⁶. El pronóstico de muchos tumores se ve influenciado por factores activos en la fase presintomática de la enfer-

medad, ya que la fase sintomática representa sólo una pequeña parte de la historia natural de la enfermedad.

Por todo ello queremos recordar que no siempre la realización de actividades preventivas para el diagnóstico precoz de enfermedades neoplásicas, que constantemente se nos recuerda a los profesionales de la atención primaria, mejora en definitiva el pronóstico de los pacientes.

S. Pita Fernández, S. Pérttega Díaz, C. Montero Martínez y E. Casariego Vales

Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

1. Bernal Pérez M, Gómez Bernal FJ, Gómez Bernal GJ. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. *Aten Primaria* 2001; 27: 79-85.
2. Porta M, Gallen M, Malats N, Planas J. Influence of «diagnostic delay» upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45: 225-230.
3. Pita Fernández S, Montero Martínez C, Pérttega Díaz S. Relación de la demora diagnóstica con el grado de invasión y supervivencia en el cáncer de pulmón. *Rev Oncol* 2000; 2 (Supl 1): 62.
4. Billings JS, Wells FC. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. *Thorax* 1996; 51: 903-906.
5. Pita Fernández S, Casariego Vales E, Pérttega Díaz S, Vázquez Iglesias JL. Demora diagnóstica, grado de invasión y supervivencia en el cáncer gástrico. *Rev Oncol* 2000; 2 (Supl 1): 51.
6. Porta M, Gallén M, Planas J, Malats N. El intervalo síntoma-diagnóstico: una aproximación posible a la historia natural de la neoplasia. *Rev Sanid Hig Publica* (Madrid) 1989; 63: 91-109.

Algunas consideraciones sobre el Consenso de la Sociedad Española de Diabetes y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sobre los criterios y pautas de terapia combinada en la diabetes tipo 2

Sr. Director: Hemos leído con atención e interés el Consenso de la Sociedad Españo-

la de Diabetes y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria sobre los criterios y pautas de terapia combinada en la diabetes tipo 2 (DM2)¹. Se trata de una iniciativa muy interesante sobre la que desearíamos realizar algunas consideraciones. La importancia de estos documentos radica no sólo en la realización de recomendaciones concretas, sino también en la detección de ausencia de evidencias que permitan hacer recomendaciones específicas. La detección de estas «lagunas de conocimiento» es fundamental para dirigir los nuevos esfuerzos de investigación en este ámbito. Para todo ello es imprescindible realizar una revisión sistemática de la bibliografía que permita realizar recomendaciones donde haya suficientes evidencias para hacerlo, basándonos sobre todo en ensayos clínicos aleatorios y controlados (ECAC) con medidas de enmascaramiento adecuadas, o en metaanálisis de calidad contrastada. Esta estrategia ya se ha seguido en la confección de otras guías, como por ejemplo el Sixth Report of the Joint National Committee sobre hipertensión². Esta guía hace una serie de recomendaciones sobre el tratamiento de la hipertensión y clasifica las evidencias en las que se basa en 7 categorías, desde el metaanálisis hasta los ensayos clínicos no aleatorios. Creemos que esta es la única vía para ir acumulando poco a poco, y de forma ordenada, las evidencias de calidad sobre las que se deben de sustentar nuestras recomendaciones. Otro aspecto que creemos que debería constar en el documento de consenso es una evaluación de la calidad de los ECAC que se citan. Este aspecto es de importancia notable ya que se ha demostrado que los ECAC de baja calidad, con una aleatorización incorrecta, pueden sobreestimar el efecto del fármaco evaluado en relación al placebo en un 30-40%^{3,4}.

El documento de consenso recomienda el tratamiento farmacológico con sulfonilureas o secretagogos de acción rápida, en detrimento de la metformina, en los pacientes que no presentan sobrepeso u obesidad y han fallado las medidas higiénico-dietéticas. No conocemos ningún ECAC de calidad que sustente adecuadamente esta recomendación. El UKPDS (S), posiblemente el ensayo clínico más importante en pacientes con DM2 por el número de personas incluidas y el tiempo de seguimiento, y citado en numerosas ocasiones en el Consenso, no

evaluó esta cuestión, ya que tan sólo se limitó a probar en individuos obesos la metformina frente al resto de alternativas terapéuticas, llegando a la conclusión que era la mejor alternativa. Sin embargo, no se planteó tal disyuntiva en los pacientes en normopeso. No está claro por qué la metformina fue superior al resto del tratamientos en los pacientes obesos, pero parece evidente que tiene efectos beneficiosos independientes de sus acciones sobre la glucemia⁶. Este hecho, junto con la ausencia de otros ECAC específicamente dirigidos a dilucidar la cuestión que nos ocupa, determina que en estos momentos no existan suficientes evidencias para hacer la recomendación que realiza el Consenso, máxime cuando se sabe que la metformina es igualmente eficaz en los individuos en normopeso que en los que están en sobrepeso, al menos en cuanto a su efecto sobre la glucemia⁷. Probablemente el Consenso sustente su recomendación considerando que los pacientes en tratamiento con metformina experimentan una pérdida de peso y, por tanto, no estarían indicados en individuos en normopeso. Sin embargo, este descenso de peso suele ser moderado (2-3 kg en los 6 primeros meses)⁸. Consideramos que ello no es motivo suficiente para excluirla como primera opción terapéutica, máxime cuando parece que, a diferencia de otros fármacos, puede presentar efectos beneficiosos independientes del control de la glucemia. Por tanto, consideramos que en los individuos en situación de normopeso tanto las sulfonilureas como la metformina son opciones farmacológicas razonables como primera terapia farmacológica.

En el Consenso se afirma en varias ocasiones que el UKPDS ha descartado la relación entre mortalidad por infarto de miocardio y tratamiento con sulfonilureas. Aunque es probable que las sulfonilureas no incrementen la mortalidad cardiovascular^{9,10}, el UKPDS no se diseñó para responder la pregunta de si las sulfonilureas aumentan o no la mortalidad cardiovascular⁶, y por tanto creemos que esta afirmación no puede realizarse en función de los resultados del UKPDS.

En otro apartado, el Consenso indica que la acarbose mejora la HbA_{1c} un 0,5 según los datos del UKPDS¹, para lo cual se refiere al estudio correspondiente¹¹. Hay que considerar que si se analiza la misma referencia y se citan sus resultados obtenidos mediante

un análisis por intención de tratar, esa mejora es sólo del 0,2%. Creemos que en el caso de la acarbose, cuya utilización se asocia a una elevada tasa de abandonos del tratamiento, es imprescindible valorar su eficacia utilizando este tipo de análisis y que este detalle debería de haber sido especificado en el Consenso. En otro apartado, el documento recomienda la acarbose como primer fármaco en los pacientes con HbA_{1c} elevada y glucemias basales aceptables en los que predominen las hiperglucemias posprandiales. Efectivamente, la acarbose mejora más la glucemia posprandial que la basal⁸, pero es discutible que pueda hacerse tal recomendación, ya que no existen ECAC que la sustenten. En este sentido, resulta muy interesante un reciente documento de Consenso de la American Diabetes Association sobre la glucemia posprandial¹², en el que, entre otros aspectos, se indica cuáles son las posibles ventajas y los riesgos de realizar un tratamiento farmacológico dirigido al tratamiento de la hiperglucemia posprandial. Según este documento, sólo se ha demostrado una reducción de complicaciones crónicas de la DM2 a largo plazo en función de una disminución de los valores de HbA_{1c}; sin embargo, no está nada claro si la reducción en la hiperglucemia posprandial *per se* tiene el mismo efecto¹². Además, los fármacos que sobre todo disminuyen la glucemia posprandial también reducen la HbA_{1c}, pero no está claro en qué parte es atribuible a su efecto sobre la glucemia posprandial o la basal, ya que hay que tener en cuenta que el determinante más importante del valor de HbA_{1c} es la glucemia basal y no la posprandial⁸. Finalmente, también se ha sugerido que los fármacos que mejoran sobre todo la glucemia posprandial presentarían menos riesgo de hipoglucemia y de ganancia ponderal, pero nuevamente faltan ECAC de calidad que lo confirmen¹², por lo que tampoco por este motivo se podría sustentar la recomendación recogida en el Consenso.

**J.M. González-Clemente^{a,b},
G. Giménez-Pérez, A. Caixàs^a
y D. Mauricio^a**

^aUnidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

^bDepartament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

1. Criterios y pautas de terapia combinada en la diabetes tipo 2. Documento de consenso de la Sociedad Española de Diabetes y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Endocrinología* 2001; 48: 82-97.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
3. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17: 1-12.
4. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D et al. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2001; 134: 663-694.
5. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854-865.
6. McCormack J, Greenhalgh T. Seeing what you want to see in randomised controlled trials: versions and perversions of UKPDS data. *BMJ* 2000; 320: 1720-1723.
7. DeFronzo RA, Barzilai N, Simonson DC. Mechanism of metformin action in obese and lean non insulin-dependent diabetic subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 73: 1294-1301.
8. De Fronzo RA. Pharmacologic therapy for type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1999; 131: 281-303.
9. Olsson J, Lindberg G, Gottsater M, Lindwall K, Sjöstrand A, Tisell A et al. Increased mortality in type II diabetic patients using sulphonylurea and metformin in combination: a population-based observational study. *Diabetologia* 2000; 43: 558-560.
10. Spallarossa P, Olivetti L, Schiavo M, Cordera R, Rossettin P, Brunelli C et al. Sulphonylurea treatment of type 2 diabetic patients does not reduce the vasodilator response to ischemia. *Diabetes Care* 2001; 24: 738-742.
11. Holman RR, Cull CA, Turner RC. A randomized double-blind trial of acarbose in type 2 diabetes shows improved glycemic control over 3 years (UK Prospective Diabetes Study 44). *Diabetes Care* 1999; 22: 960-964.
12. American Diabetes Association Consensus Statement. Postprandial Blood Glucose. *Diabetes Care* 2001; 24: 775-778.

Unidades de apoyo psicológico en el enfermo oncológico

Sr. Director: No hace mucho tiempo una amiga me hizo una pregunta: «¿Es mortal el cáncer de vejiga?»

Acostumbrada a ser cauta respecto a las preguntas referidas a temas de tumores y pronósticos, después de años de trabajar en atención primaria, le contesté: «No hay ningún cáncer mortal. Depende todo de tantos factores...», y aunque en principio le iba a hablar de si se trataba de un tumor primitivo de vejiga, y si era un tipo histológico u otro, o bien si era secundario o bien metastásico o por propagación, de estadios y de grados, el propio hilo argumental me llevó a decir lo que quería expresar en el fondo y que pocas veces hablamos entre nosotros, absorbidos entre tanto grado, pronósticos y fríos datos porcentuales, en función de un tratamiento u otro, y que hace que olvidemos algo que tímidamente intuimos y que en ningún caso aparece en los tratados de patología quirúrgica: ¿qué hay de la actitud psicológica tanto nuestra y/o del especialista en cuestión, como del paciente y su familia a la hora de enfrentarse al problema?, ¿por qué la mayoría de profesionales pensamos que mantener una actitud positiva y de buen ánimo es importante, y sin embargo reconocemos que no se hace nada al respecto? Sería deseable que se generalizara la existencia de grupos de apoyo psicológico pero vinculados a las propias unidades de oncología que actuaran de manera conjunta cuando el paciente recibe una noticia de tal calibre.

Lo que normalmente suele ocurrir a la hora de dar una noticia de tal impacto es un bloqueo emocional en el paciente y su familia, que hace que se paralice todo el curso progresivo que el paciente tiene que hacer de asimilación y adaptación de su propia situación. ¿Por qué se da por supuesto que se someterá a un tratamiento quirúrgico y posteriormente de quimio y/o radio sin apenas consultar con él, y sin embargo el alentar sin palabras vacías, sino con fundamento de que no se va a sentir solo durante todo el proceso y que nada hay perdido de antemano, ni se valora y ni se plantea, cuando podría ser de incuestionable valor para el éxito del tratamiento?

Oímos decir en televisión, ante graves accidentes de circulación o catástrofes natura-

les, que ha acudido un grupo de psicólogos para ayudar a los supervivientes y a los familiares de las víctimas en tal momento agudo de crisis.

Y, ¿por qué no coexistir en estos otros momentos críticos?, cuando además se cuenta con una gran ventaja: no ha ocurrido de momento nada irremediable, y sí, como es lógico en ocasiones sea inevitable que esto suceda, se habrá aliviado, paliado, confortado, acompañado al enfermo. ¿No es esa una de las principales funciones de la medicina? Todo ello puede, efectivamente, realizarse en mayor o menor medida en atención primaria, pese a la nula formación humanística que se nos proporciona en las aulas. Pero reconozcamos que cuando el paciente es derivado a un especialista o ingresado en una unidad hospitalaria existe un período de discontinuidad en nuestra asistencia, en el que un apoyo proporcionado por profesionales que sí se han preparado para ello sería fundamental para su recuperación o su enfrentamiento ante la enfermedad.

Quizá no es competencia de un profesional de atención primaria reivindicar la creación en todos los hospitales de estas unidades de apoyo vinculadas integralmente con las de oncología, pero cuando el paciente que inicialmente derivamos y que al cabo de un tiempo vuelve a ti con el pronóstico ya escrito en su cara, y que incluso comentarios inoportunos por parte de algunos –pocos– especialistas han ensombrecido su actitud ante la enfermedad, te quedas con la duda de que las cosas podrían haberse hecho mejor. Lo que realmente el paciente desea es que se le haya considerado en su integridad, no como el del carcinoma de células escamosas de vejiga, sino como una persona con un pasado que sobrellevar, un presente en el que necesita ayuda y una esperanza sobre su futuro.

P. Martínez Albuixech

Médico de Familia. CAP de Fuenterrobles (Valencia).

Sobre «De la autogestión a la dirección clínica»

Sr. Director: He leído con atención el editorial de ATENCIÓN PRIMARIA titulado

«De la autogestión a la dirección clínica», del pasado número de julio-agosto. No puedo evitar comentar su contenido. Quisiera pedir que no fuera interpretado a modo de crítica, sino tan sólo como una aportación al virtual foro conversacional que posibilita su excelente revista. Si me pregunta el por qué de estos comentarios, diría que tanto por algunos párrafos específicos como porque quisiera facilitar el éxito de la propuesta.

Me duele leer o no entiendo la expresión que dice «los profesionales de atención primaria, poco implicados en estos proyectos, reclaman mejoras en su entorno laboral con el impactante eslogan de diez minutos por visita». Estaría tentado de responder que o tal vez no tengan motivos suficientes para hacerlo o los que los tienen no coinciden con aquellos que se cree que sería *natural* tener. ¡Queremos mejorar, claro que sí, y queremos implicarnos, y mucho! Pero faltan aquellos detalles que añaden credibilidad¹. Esta es la debilidad más grande de las continuas propuestas para implicar a los profesionales sanitarios que se han hecho en la sanidad pública en diversos ámbitos²⁻⁵. Por otra parte, juntar implicación, mejoras laborales y un impactante eslogan pienso que es un error. Lo creo circunstancial y, en cualquier caso, oportunista porque demasiadas veces tengo la impresión de que nuestra apuesta por la calidad, la accesibilidad, los buenos registros, la investigación y la excelencia clínica, además de la buena gestión económica, o no tiene la respuesta que se le debe/puede dar o no sabemos ir tan lentos. No queremos ir al ritmo de la inercia del sistema.

Tampoco he entendido la expresión «las actuaciones de los profesionales... están cada vez menos influidas por la tradición o la opinión de los expertos». En atención primaria también tenemos decisiones propias y expertas, pero rodeadas de circunstancias no facilitadoras de éstas: diferentes niveles asistenciales, diferentes usuarios, diferentes decisores y diferentes impactos de los resultados. En definitiva, demasiada diversidad que genera, a mi parecer, demasiadas interferencias.

Participamos del proyecto y no debería dudar de nuestra buena voluntad. Como director de un equipo, lo he firmado, pero casi no he tenido tiempo de compartirlo con mi equipo y he tenido una sensación de

embudo. Queremos proyectos de este tipo, pero con mayor participación e integración de propuestas propias también basadas en la evidencia, con los contenidos específicos más cercanos, con menos prisas y, sobre todo, asociados a aquellos detalles que añaden credibilidad, o sea, a cómo dotar a los profesionales de los incentivos, información e infraestructura necesaria para que sus decisiones clínicas tengan en cuenta la relación entre coste, efectividad y calidad, de manera que las diferencias observadas se puedan atribuir a diferencias en sus actuaciones⁶. Será entonces una inconfundible oportunidad de cambio.

J.L. Clua Espuny

Director del EAP Tortosa-1 Est. Institut Català de la Salut.

1. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. Documento semFYC. Grupo de Consenso de Atención Primaria 2001.
2. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC).
3. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Els reptes de la sanitat catalana en el segle XXI. Col·lecció Parlaments, 11. Tribuna Barcelona 31-V-1999.
4. L'Institut Català de la Salut: d'administració a empresa de serveis. Una proposta per al debat. Institut Català de la Salut. Subdivisió d'Atenció Primària Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa 1994.

5. Medidas de motivación e incentivación en atención primaria. Documentos semFYC, n.º 1.
6. Ortún V. El paper dels directius als centres sanitaris. *Fulls Econòmics* 1998; 31: 33-36.

Réplica del autor

Sr. Director: Agradezco los comentarios que el Dr. Clua realiza de mi editorial¹. Muestran las dificultades de transmitir un mensaje, a pesar de que, como en este caso, emisor y receptor compartan valores y objetivos. Efectivamente, lo esencial es que coincidamos en la necesidad de mejorar la implicación profesional y directiva en el compromiso por elevar la calidad de la atención primaria que ofrecemos al ciudadano.

Lamento, sin embargo, que algunas de mis frases no fueran lo suficientemente claras. Con la primera, únicamente quería resaltar el hecho de que, mientras sólo un reducido número de profesionales participa en los proyectos de autogestión que ofrece el Servei Català de la Salut, una gran mayoría desea mejorar la calidad de la asistencia, como lo demuestra el amplio seguimiento de la campaña de los «diez minutos por visita». En definitiva, entiendo que existe más interés por introducir elementos de

mejora en su propio equipo de atención primaria que en participar en sofisticados ejercicios de gestión. Con la segunda no pretendía cuestionar en absoluto la existencia de la disciplina de la medicina de familia o de la propia atención primaria de salud. Únicamente deseaba señalar que existe todavía un amplio margen de mejora en la introducción de la medicina basada en la evidencia en nuestro ámbito. También comparto la opinión de que esta metodología no puede dar respuesta a la totalidad de decisiones que debe enfrentar a diario el profesional de atención primaria.

Celebro que el equipo de Tortosa-1 Est, del Institut Català de la Salut, se adhiera al proyecto de dirección clínica, especialmente si su director, el Dr. Clua, desea con entusiasmo mejorar el servicio. Es obvio que el proyecto de dirección clínica sólo es un instrumento y que no resolverá todos los retos con que se enfrenta nuestra atención primaria de salud, pero entiendo que facilitará la solución de muchas de las inquietudes que plantea. No existen soluciones universales, y a veces los directivos somos poco habilidosos en la puesta en práctica de buenas ideas.

J. Gené Badia

Director de la Divisió d'Atenció Primària.
Institut Català de la Salut.

1. Gené J. De la autogestión a la dirección clínica. *Aten Primaria* 2001; 28: 149-150.