

***Ascaris lumbricoides* y coprocultivo negativo: vencer o ignorar**

Introducción. Presentamos el caso de una paciente de 72 años con antecedentes de hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas y distimia controlada con fluoxetina.

Caso clínico. Acudió a nuestro centro por presentar un cuadro de abdominalgias de tipo cólico sin diarrea pero con el antecedente de la expulsión, en una de sus deposiciones, de un producto descrito como «una cinta de morfología cilíndrica de pocos milímetros de diámetro y varios centímetros de longitud acompañada de una bolsa, ambas de color anacarado»; la exploración abdominal fue normal. Frente a la sospecha de una helmintiasis (*Ascaris lumbricoides*) se procedió a realizar un examen de parásitos en heces y una analítica general, previos al inicio de un tratamiento empírico con mebendazol (100 mg/12-24 h vía oral) durante tres días repitiendo el ciclo a las dos semanas.

Discusión y conclusiones. Actualmente la parasitación por *A. lumbricoides* afecta a más del 25% de la población mundial localizada preferentemente en países cálidos y subdesarrollados, y es en estos lugares con una alta endemia donde se realiza un tratamiento en masa de dos a tres veces al año. Es el nematelminto de mayor tamaño (15-30 cm de longitud) con morfología cilíndrica y localizado en el intestino grueso del huésped que parasita. Sus huevos, con la larva inmadura en su interior, se eliminan por las heces, y la misma larva irá madurando en el suelo si halla unas condiciones óptimas de temperatura (< 30 °C), de humedad y de oxígeno, y adquirirá la capacidad de ser contagiosa en dos o tres semanas. Es, por tanto, la ingestión de alimentos crudos abonados con heces humanas el principal vehículo de transmisión.

La clínica de esta helmintiasis tiene una presentación variable: pacientes asintomáticos que expulsan el parásito con alguna deposición, cuadros floridos con tos, convulsiones, diarreas y vómitos, o bien complicaciones de importante gravedad (apendicitis, colecistitis, perforación intestinal, etc.).

Palabras clave: Atención primaria. Coprocultivo. Helmintiasis.

El resultado del examen de las heces de la paciente fue negativo y en la analítica sólo se objetivó un leve aumento de la IgE en sangre (200/ml). Sin embargo, estos hallazgos no descartan al 100% que la paciente no hubiera estado parasitada, pues la efectividad de las pruebas diagnósticas para helmintos (*A. lumbricoides*) sólo es de un 30-75% y, además, existe una gran variabilidad inter e intraindividual para encontrar huevos de parásito en las heces según la consistencia de éstas.

Así pues, recomendamos instaurar tratamiento empírico ante toda sospecha de parasitación, en espera de exámenes complementarios para evitar complicaciones, y recordar que la prueba diagnóstica estándar no tiene una efectividad del 100%, por lo que se nos pueden escapar falsos negativos.

G. Arnedo Valero, X. Flor Escriche, Y. Jiménez Capel e I. Álvarez Luque

EAP Chafarinas. Unidad Docente MfiC. España. SAP Nou Barris. Barcelona. España.

Malicki J, Montusiewicz A, Bieganski A. Improvement of counting helminth eggs with internal standard. *Water Res* 2001; 35:2333-5.

Odongo-Aginya EI, Taylor MG, Sturrock RF, Ackers JP, Doehring E. Field evaluation of an improved Kato-Katz thick smear technique for quantitative determination of helminth eggs in faeces. *Trop Med Parasitol* 1995;46:275-7.

Piédrola-Angulo G. Nematodos. Nematodos intestinales. En: Pumarola A, Rodríguez-Torres A, García-Rodríguez JA, Piédrola-Angulo G, editores. *Microbiología y parasitología médica*. 2.ª ed. Barcelona: Masson, 1987; p. 877-85.

Teesdale CH, Fahringer K, Chitsulo L. Egg count variability and sensitivity of a thin smear technique for the diagnosis of *Schistosoma mansoni*. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1985;79:369-73.

Hipotiroidismo por amiodarona: importancia del seguimiento

Introducción. La amiodarona es un fármaco antiarrítmico de clase III ampliamente utilizado en nuestro medio, por su seguridad y efectividad, para la prevención y el

tratamiento de arritmias supraventriculares y ventriculares¹. Los efectos secundarios del fármaco generalmente son leves. Sin embargo, cabe mencionar la fibrosis pulmonar, que, aunque infrecuente (1-2%), produce una mortalidad del 10-20% cuando se desarrolla, y las alteraciones tiroideas, mucho más frecuentes (10-18%) y potencialmente graves. Se presenta un caso de hipotiroidismo en un paciente tratado con amiodarona para destacar la importancia de la monitorización de las hormonas tiroideas en el seguimiento, con el fin de realizar el diagnóstico temprano de la disfunción tiroidea.

Caso clínico. Varón de 75 años que acudió a su centro de salud por astenia y disnea a mínimos esfuerzos, sin ortopnea, progresiva desde hacía dos meses; edemas en los miembros inferiores de una semana de evolución, y en las manos y los párpados en las últimas 24 h. Desde hacía un año se hallaba en tratamiento, por una fibrilación auricular crónica, con digoxina (1 comprimido/24 h), amiodarona (1 comprimido/24 h, excepto jueves y domingo), acecumarol (Sintrom®), furosemida, potasio y ramipril. En la exploración destacaban, además de los edemas, bradicardia arrítmica a 48 lat/min y crepitantes pulmonares bibasales, por lo que se remitió al hospital. Se le realizaron electrocardiograma, que mostró fibrilación auricular crónica a 46 lat/min; radiografía de tórax, donde no se observaron alteraciones; hemograma, que evidenció anemia (hemoglobina: 11,9 g/dl) normocítica/normocrómica; INR (2,76), y bioquímica que puso de manifiesto un valor de CK de 630 (normal: 25-195) con CK-MB de 53, mioglobina y troponina I normales, que se repitieron a las 4 h sin cambios. Ante la sospecha de iatrogenia por amiodarona o digoxina, se retiraron ambos fármacos y se solicitó analítica completa, con resultados de digoxinemia dentro del rango terapéutico, y TSH de 64,44 U/ml (normal: 0,30-6,00) con T4 libre de 0,36 ng/ml (normal: 0,70-1,90). La evolución del paciente fue favorable tras la retirada del fármaco, observándose a los 15 días mejoría clínica con desaparición de edemas y normalización de la frecuencia cardíaca, aunque requirió dosis sustitutivas de levotiroxina durante un año.

Discusión y conclusiones. La amiodarona causa alteraciones tiroideas significativas en un porcentaje importante de los pacientes que la toman (entre un 2 y un 50%, según las series, si bien la cifra más frecuente es del 10-18%)^{2,3}. Estas alteraciones pueden ser tanto subclínicas como hipotiroidismo inducido por amiodarona (HIA) grave o tirotoxicosis inducida por amiodarona grave, enfermedades que pueden ser deletéreas en pacientes cardiopatas.

En el HIA parece ser que el exceso de yodo que aporta la amiodarona (un comprimido de 200 mg excede 50 veces la dosis diaria recomendada de yodo) inhibiría la síntesis y liberación de hormonas tiroideas (efecto Wolff-Chaikoff). Es más frecuente en zonas con suficiente aporte de yodo y en pacientes con anticuerpos tiroideos (ATPO) preexistentes, y suele aparecer en los primeros 12-18 meses de la toma del fármaco. Requiere con frecuencia tratamiento sustitutivo. La tirotoxicosis inducida por amiodarona parece ser producida por un efecto Jod-Basedow (tirotoxicosis por yodo). Es más frecuente en lugares con deficiente ingesta de yodo y puede ocurrir a lo largo de todo el tratamiento con amiodarona. El manejo es complicado y puede requerir tratamiento médico prolongado e incluso con frecuencia cirugía⁴.

Revisando la bibliografía encontramos que los pacientes tratados con amiodarona requieren controles de hormonas tiroideas al menos antes de iniciar el tratamiento y posteriormente cada 6 meses. Se recomienda solicitar, en el momento del diagnóstico, los valores de TSH, T3 libre, T4 libre y ATPO para descartar causa tiroidea, e identificar a los pacientes con alto riesgo de iatrogenia (con ATPO elevados, mayor probabilidad de HIA). Posteriormente, un control semestral de la TSH sería suficiente, ya que es el parámetro aislado más útil para el diagnóstico temprano³.

En el caso expuesto el paciente acudió a las revisiones programadas por su especialista cada tres meses y posteriormente a los 6 meses, sin que se le controlase la función tiroidea, y fue necesario llegar a un hipotiroidismo manifiesto, con bradicardia importante, anemia de trastornos crónicos y miopatía tiroidea, para establecer el diagnóstico. El médico de atención primaria debe estar alerta para detectar los casos de

iatrogenia más frecuentes y, si es posible, prevenirlos.

**R. Casañ Fernández^a
y O. Juan Vidal^b**

^aMédico de Familia. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

^bServicio de Oncología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

1. Silva L, Ortigosa J. Seguimiento del paciente en tratamiento con antiarrítmicos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998;22:142-7.
2. Sanmartí A, Permanyer-Miralda G, Castellanos JM, Foz-Sala M, Galard RM, Soler-Soler J. Chronic administration of amiodarone and thyroid function: a follow-up study. *Am Heart J* 1984;108:1262-7.
3. Martino E, Bartalena L, Bogazzi F, Braverman LF. The effects of amiodarone on the thyroid. *Endocrine Rev* 2001;22:240-54.
4. Lahera M, De Luis D, Hervilla S, Maldonado G, Zurita P. Amiodarona y tiroides. *Rev Clin Esp* 1999;199:227-32.
5. Newman CM, Price A, Davies DW, Gray TA, Weetman AP. Amiodarone and the thyroid: a practical guide to the management of thyroid dysfunction induced by amiodarone therapy. *Heart* 1998;79:121-7.

¿Qué opinan los adolescentes sobre las medidas prohibitivas respecto al alcohol?

Objetivo. Conocer la opinión de los adolescentes sobre las medidas legislativas que prohíben el consumo de alcohol en la calle.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento. Tres institutos de enseñanza secundaria (IES) toledanos, dos rurales y uno urbano.

Participantes. Muestra de 625 adolescentes de 13 a 18 años de edad, integrada por alumnos de los cursos de tercero, cuarto y quinto de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y primero de bachillerato de los dos IES rurales y del IES urbano.

Palabras clave: Alcohol. Adolescentes. Escolares.

Mediciones principales. La recogida de la información se llevó a cabo mediante un cuestionario elaborado *ad hoc*, anónimo y autocumplimentado en horario lectivo. Todos los alumnos encuestados respondieron a la cuestión que les planteamos, como pregunta cerrada, acerca de si creían que las medidas prohibitivas contribuirían o no a reducir el consumo de alcohol. Mediante el paquete estadístico R-SIGMA se procedió al análisis estadístico de los datos, para lo cual, se aplicaron el intervalo de confianza (IC) del 95% y la prueba de la χ^2 de Pearson.

Resultados. La muestra estaba formada por 298 varones (47,68%) y 327 mujeres (52,32%). El promedio de edad de los escolares fue de $15 \pm 1,3$ años (IC del 95%, 15,30-15,51). El 85,92% procedía del medio rural.

Un 93,43% de los escolares (IC del 95%, 91,12-95,19) afirmó haber consumido alcohol alguna vez. En cuanto al ítem «¿Creen que las medidas prohibitivas contribuirían a reducir el consumo de alcohol?», el 75,68% de los alumnos respondió negativamente. Dieron una respuesta afirmativa el 27,46% de los chicos y el 21% de las chicas. La distribución por grupos de edad de las respuestas afirmativas se representa en la figura 1.

Discusión y conclusiones. El consumo de alcohol en la juventud se ha convertido en un problema de primera magnitud¹, como lo reconocen los propios jóvenes². Los fines de semana consume alcohol el 50% de los adolescentes, generalmente en la calle^{1,3-5}. Hoy día parece que el consumo ex-

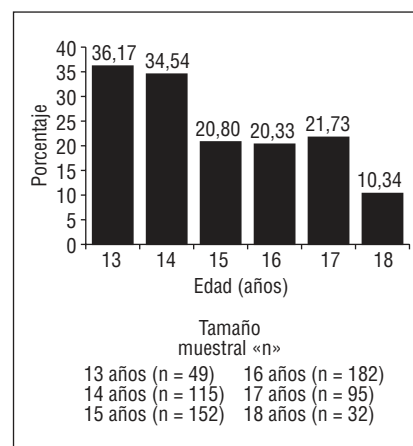


Figura 1. Porcentaje de adolescentes que creen en la efectividad de las medidas prohibitivas en la reducción de la ingesta de alcohol, por grupos de edad.

cesivo de alcohol se ha convertido en un elemento fundamental de la fiesta y el ocio juvenil⁶, probablemente porque es una droga barata, legal, accesible y aceptada por la sociedad^{1,4}.

Ante la alarma social producida, se han aprobado recientemente en algunas comunidades autónomas medidas legislativas que prohíben el consumo de alcohol en la calle. Como los adolescentes son el colectivo más afectado por estas medidas, creemos que es importante conocer su opinión al respecto. Estamos de acuerdo con los objetivos planteados en la Conferencia Europea Ministerial de la Organización Mundial de la Salud sobre jóvenes y alcohol (Estocolmo, febrero de 2001), entre los que figuraba el aumento de la participación de los jóvenes en las políticas relacionadas con su salud, especialmente las referidas al alcohol.

Creemos que la prohibición de la venta de alcohol a menores de 18 años es una medida de protección de la salud del adolescente con la que se pretende retrasar la edad de inicio en el consumo, ya que ésta es cada vez más temprana^{7,9,10}, lo que aumenta el riesgo de uso y abuso de otras drogas en el futuro.

No obstante, el consumo de bebidas alcohólicas no es una conducta que se dé en adolescentes de manera aislada y sin relación con lo que ocurre en su contexto sociofamiliar⁸. Existe un «aprendizaje social» de su consumo, que contribuye a que no se considere el alcohol como una droga y dificulta la intervención sobre él, al observar entre los adultos un consumo habitual e incluso excesivo^{7,9,10}. Quizá una actitud más crítica de los padres ante el alcohol, así como la observancia de unas pautas razonables de consumo, podría contrarrestar el efecto de la publicidad o del grupo de iguales.

Queremos resaltar la necesidad de poner en marcha medidas preventivas basadas en la información y en la educación para la salud no sólo dirigida a los escolares, sino al conjunto de la sociedad, para lograr la adopción de estilos de vida más saludables, que sirvan como modelo a seguir por los más jóvenes.

Deberían evitarse las medidas exclusivamente prohibitivas, ya que son las menos aceptadas por los jóvenes (sobre todo de 18 años), según nuestros resultados.

Una posible opción es desarrollar alternativas de ocio capaces de competir con el al-

cohol, con las que sacar de la calle a los jóvenes, darles otros campos de acción y reforzar las motivaciones para que abandonen ese patrón abusivo de consumo.

Ya en la Conferencia Europea sobre salud, sociedad y alcohol (París, 1995), se instaba a todos los Estados miembros a elaborar políticas globales sobre el alcohol mediante estrategias como: información sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, creación de programas educativos que sean puestos en marcha ya desde la infancia, establecimiento y cumplimiento de leyes que disuadan eficazmente de la conducción bajo los efectos del alcohol, promoción de la salud controlando la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y control estricto de la publicidad directa e indirecta, específicamente dirigida a los jóvenes, en relación con el alcohol, entre otras muchas¹¹.

La tarea es difícil, sobre todo al requerir la intervención de muchos estamentos para dar solución al problema, pero podrían obtenerse beneficios sanitarios y económicos.

M.P. Orgaz Gallego^a
y M. Segovia Jiménez^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Palomarejos. Toledo. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. España.

1. Martín Centeno A, Rojano Capilla P. Conceptos y anamnesis del consumo de alcohol en la consulta de atención primaria. *Medicina General* 2000;29:957-96.
2. Aguilar Huerta EM, Torres Narbona M, Torres Mancha R, Gutiérrez Bustillo I, Hubner Romero RM, Lozano Marín I. Riesgos para la salud en la población adolescente de Guadalajara. *SEMERGEN* 1999;25:145-51.
3. Sancho González L, Pérez Patrón G, Torres Asensio MD, Campillo Álvarez JE. Estilo de vida y hábitos alimentarios de los adolescentes extremeños. *SEMERGEN* 2002;28:177-84.
4. Sánchez Pardo L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos* 2002;4:12-9 [consultado 21/02/2002]. Disponible en: www.Doyma.es
5. Córdoba García R, Altisent Trota R, Aubá Llambrich J. Abuso de alcohol. En: semFYC, editor. Curso a distancia de prevención en atención primaria. 2.ª ed. Barcelona: Renart Edicions 1998;1:155-68.

6. Rubio Aranda E, Ejea Arquillua MV, Sánchez Oriz, et al. Hábitos y consumo de alcohol en la población estudiantil de Zaragoza. *Rev San Hig Publ* 1991;65:45-52.
7. Consejería de Sanidad. Plan Regional de Drogas 2001-2005. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001.
8. Pons Díez J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:251-66.
9. Hansen WB, Graham JW, Wolkenstein BH. Program integrity as a moderator of prevention program effectiveness: results for fifth grade students in the adolescent alcohol prevention trial. *J Study Alcohol* 1991;52:568-79.
10. Castillo Oti JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Primaria* 1997;20:376-80.
11. Martín Centeno A, Rojano Capilla P. El médico de atención primaria en la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. *Medicina General* 2001;32:233-40.

Inicio y prevalencia del tabaquismo entre los estudiantes de primero y segundo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de la provincia de Salamanca

Objetivo. Conscientes del problema del tabaquismo entre la población juvenil y su temprana edad de comienzo (12-13 años según la mayoría de los estudios), el Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria se propuso conocer la prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de primero y segundo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de la provincia de Salamanca como fase previa a una serie de intervenciones encaminadas a intentar retrasar la edad de comienzo en este hábito o, mejor dicho, en esta drogadicción y aumentar el conocimiento sobre ella para lograr, en definitiva, disminuir su prevalencia global.

Diseño. Estudio observacional de tipo transversal.

Emplazamiento. Todos los centros de enseñanza secundaria en los que se impartie-

sen los cursos de primero y segundo de ESO de la provincia de Salamanca.

Participantes. El número total de centros a los que se envió la encuesta fue de 93,34 en la propia capital (23 de carácter concertado) y 59 en la provincia (8 de carácter concertado). El número total de alumnos a los que se impartió la encuesta fue 7.230. Contestó a ella un total de 4.907 jóvenes (2.766 chicos y 2.141 chicas) con una edad media de $13,1 \pm 0,9$ años.

Mediciones principales. Se elaboró una encuesta que se entregó en la Delegación de Educación de la Junta de Castilla y León de la provincia de Salamanca, que fue la encargada de remitirla a los directores de los diversos centros educativos para que fuera pasada en las tutorías a los jóvenes objeto del estudio. Dichas encuestas se rellenaron de forma anónima, señalando la edad y el sexo del estudiante, así como el curso al que perteneciera. Una vez rellenas, se remitirían a un apartado de correos para su recogida y análisis posterior.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, centro educativo (público o concertado, urbano o rural), consumo de cigarrillos, edad y entorno en el que se fumó el primer cigarrillo. El estudio estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central junto a su desviación estándar, y para la comparación de proporciones y medias, las pruebas de la χ^2 y de la t de Student, respectivamente, con un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados. El 45,4% (IC del 95%, 43,5-47,3%) de los chicos y el 39% (IC del 95%, 36,9-41,1%) de las chicas manifestaban haber probado el tabaco en alguna ocasión. Fumaba el 20,5% del total de los encuestados. El porcentaje de chicos y chicas fumadores fue idéntico, el 20,5%; fumaba a diario el 6,4% (IC del 95%, 5,7-6,1%), el 7,6% de los chicos frente al 4,8% de las chicas, y de forma habitual pero no a diario el 14,1% (IC del 95%, 13,2-15,2%), el 12,9% de los chicos y el 15,7% de las chicas ($p < 0,0001$). El 4,1% fumaba algún cigarrillo pero no todos los días, el 11,1% entre 1 y 5 cigarrillos/día, el 2,1% de 5 a 9 y un 1,2%, 10 o más cigarrillos/día.

Del total de los jóvenes que se consideraban fumadores, el 56,4% (IC del 95%,

53,9-59,5%) eran varones y el 43,6% (IC del 95%, 40,5-46,7%), mujeres; lo hacía de forma esporádica el 21,6% (IC del 95%, 19-24,5%), y el resto, el 78,4% (IC del 95%, 75,5-81%), diariamente.

La edad media en la que se fumó el primer cigarrillo fue $11,04 \pm 1,9$ años ($10,9 \pm 1,9$ en los chicos y $11,3 \pm 1,7$ en las chicas; $p < 0,0001$). En el medio rural la edad de inicio fue de $11 \pm 1,9$ años, y en el medio urbano, de $11,1 \pm 1,8$ ($p > 0,05$). Tampoco se apreciaron diferencias significativas respecto a la edad de inicio de los alumnos de centro públicos en relación con los de los centros concertados ($11 \pm 1,9$ frente a $11,2 \pm 1,8$ años; $p > 0,05$).

Discusión y conclusiones. En la comunidad de Castilla y León se estima que un 9,87% del total de las muertes producidas en mayores de 15 años son debidas al consumo de tabaco¹. Conocer la actitud de los jóvenes menores de 15 años podría dar una idea de si ese porcentaje disminuirá o aumentará en los próximos años.

Los resultados del presente estudio, más o menos extrapolables al resto del territorio nacional, ponen de manifiesto las tendencias que existen en España con respecto al hábito tabáquico. Una de esas tendencias es el aumento progresivo, o al menos el no descenso, del número de mujeres fumadoras según las últimas encuestas de salud y el Observatorio Español sobre Drogas (OED)^{2,3} con respecto a la mantenida reducción de la prevalencia del tabaquismo entre los varones. En nuestro estudio fumaban de forma global el mismo porcentaje de chicos que de chicas, a diferencia de lo observado en otros estudios en los que el porcentaje de chicos fumadores era superior al de las chicas (20,4 frente al 15,24%)⁴. Sin embargo, se mantiene la tendencia de que los chicos comienzan a fumar a una edad más temprana. Con respecto a la edad de inicio de consumo, según la encuesta de 2000 en población escolar del OED es de 13,2 años, similar a la observada en 1998 (13,1 años). En el estudio que presentamos la edad media de inicio fue de 11,04 años; esta diferencia se puede deber a que la población encuestada es menor (los datos del OED se refieren a jóvenes de 14-18 años y en nuestro estudio la franja de edad mayoritaria es 12-13 años). En estudios similares al nuestro rea-

lizados en otras comunidades la edad de inicio observada se encuentra entre los 11 y 13 años^{4,5}. Por otra parte, llama la atención que el 78% de los jóvenes que fuman lo hace de forma diaria o, lo que es lo mismo, empieza a tener un hábito más o menos establecido.

La evolución de la prevalencia del tabaquismo indica que, si bien se ha reducido el porcentaje de españoles que han consumido tabaco en intervalos temporales amplios (alguna vez en los últimos 12 meses y últimos 30 días), el porcentaje de fumadores diarios se ha estabilizado³. El porcentaje de jóvenes fumadores de la provincia de Salamanca, teniendo en cuenta las limitaciones de edad ya comentadas, se puede considerar similar al de otras provincias: el 25,7% en Lugo o el 18,27% en Extremadura^{4,5}.

No se han encontrado diferencias con respecto al consumo de cigarrillos en el medio rural o urbano, ni entre los colegios públicos y concertados.

Se confirma en nuestra comunidad la tendencia general que con respecto al tabaquismo existe en España. Queda de manifiesto que desde edades tempranas existe contacto con el tabaco y que empieza a establecerse un hábito nada saludable, por lo que es imprescindible realizar campañas de sensibilización y educación desde estas edades, responsabilidad que no podemos eludir.

R. Ruano García, M. Torrecilla
García, D. Plaza Martín
y M.A. Hernández Mezquita

Centro de Salud San Juan. Salamanca.
España.

1. Santos Zarza EF, Valero Juan LF, Sáenz González MC. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en Castilla y León. Aten Primaria 2001;27:153-8.
2. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 4, marzo de 2001.
4. Prieto Albino L, Escobar Bravo MA, Palomo Cobos L, Galindo Casero A, Iglesias González R, Estévez Calderero A. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Aten Primaria 1999;23:326-31.
5. Martínez Álvarez J, García González J, Domingo Gutiérrez M, Machín Fernán-

dez AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria* 1996;7:383-5.

Uso del cepillo endocervical para la toma citológica cervical

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la carta al Director «¿Realizamos adecuadamente la detección precoz del cáncer de cérvix uterino desde atención primaria?»¹, en la que se evalúan los resultados del programa de detección precoz del cáncer de cérvix mediante la técnica de la triple toma utilizando bastoncillo para la recogida de la muestra endocervical.

Uno de los factores que pueden condicionar la eficacia de la citología cervicovaginal es la alta tasa de falsos negativos citológicos, que según algunos estudios oscila entre el 1 y el 55% dependiendo del grado de atipia celular². A su vez, la inadecuada calidad y técnica de realización de la citología puede ser responsable de gran parte de los falsos negativos citológicos, muchos de ellos por ausencia de células de la zona de transformación o endocervicales. Por ello, y con la idea de aumentar la recolección de dichas células, se han ensayado durante la última década numerosos dispositivos, como el cepillo endocervical, que mejorarían la eficacia de la citología cervicovaginal. Sin embargo, y pese al debate existente, no hay pruebas de que se consigan mejores resultados diagnósticos de las citologías que contienen células endocervicales³. De hecho, en la última revisión del Sistema Bethesda realizada en 2001 se elimina la categoría relativa a las condiciones de interpretación denominada «citología satisfactoria pero limitada para diagnóstico», cuya principal característica era la ausencia de células endocervicales, y se recomienda que tal circunstancia se notifique en el informe citológico, pero sin limitar la condición satisfactoria de la muestra⁴.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el empleo de cada uno de los instru-

mentos, no existe acuerdo en la bibliografía. Bauman, en un metaanálisis, observó que existía un aumento medio del 22% en los frotis con células endocervicales cuando se usaba el cepillo junto con la espátula⁵. Otro metaanálisis publicado en 1996 por Buntin y Brouwers tuvo en cuenta todos los estudios controlados que comparaban los diversos instrumentos usados. Tomando como criterio de valoración la presencia o no de anomalías citológicas no se pudo demostrar la existencia de diferencias en la detección de estas anomalías cuando se empleó aisladamente la torunda, el cepillo o la espátula. Por el contrario, hubo mejoras significativas cuando se asociaron el cepillo o la torunda con la espátula. No se encontraron diferencias entre la combinación cepillo-espátula y la combinación torunda-espátula⁶.

Nosotros, en un estudio comparativo aleatorizado no publicado en la fecha de redacción de la presente carta, realizado con 595 mujeres que acudieron a tres consultorios de ginecología general y en el que se evaluaron tanto la calidad como la capacidad diagnóstica de la citología en función del uso del cepillo endocervical o la torunda de algodón, no fuimos capaces de demostrar diferencias entre ambos instrumentos. Teniendo en cuenta que los patólogos participantes no conocían la técnica usada, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos sometidos a estudio en cuanto a la capacidad de detección de las distintas anomalías citológicas, el número de muestras con ausencia de células endocervicales o el porcentaje de citologías insatisfactorias o no valorables.

Por tanto, en nuestra opinión, si bien el cepillo endocervical es un instrumento de uso fácil, imprescindible en cuellos uterinos estenóticos y que debería estar disponible en todas las consultas, los esfuerzos para disminuir los falsos negativos y aumentar la calidad y eficacia de la citología deben centrarse en otras áreas.

R. Moreno Mira^a, J. Cartanya Benet^b, C. Serra Más^b y V. Bonet Serra^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

1. Suárez Castro N, Martínez Lao MM, Muñoz Cabañero G, De Diego Sierra DG. ¿Realizamos adecuadamente la detección precoz del cáncer de cérvix uterino desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003;31:202-3.
2. Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, Lilford R. Collection devices for obtaining cervical cytology samples (Cochrane Review). En: *Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
3. Sherman ME, Weinstein M, Sughayer M, Cappellari JO, Orr JR, Erosan YS. The Bethesda System. Impact on reporting cervicovaginal specimens and reproducibility of criteria for assessing endocervical sampling. *Acta Cytol* 1993;37:55-60.
4. Salomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002;287:2114-9.
5. Bauman BJ. Use of a cervical brush for Papanicolaou smear collection. A meta-analysis. *J Nurse Midwifery* 1993;38:267-75.
6. Buntin F, Brouwers M. Relation between sampling device and detection of abnormality in cervical smears: a meta-analysis of randomised and quasi-randomised studies. *BMJ* 1996;313:1285-90.

Etiquetando las hospitalizaciones: una forma de avanzar en la comprensión de los distintos indicadores de utilización de servicios sanitarios

Sr. Director: Después de leer con interés el comentario editorial de G. Tamborero¹ sobre hospitalizaciones inadecuadas, consideramos oportuno hacer algunas aportaciones semánticas. Los términos «adecuado» y «apropiado» y sus antónimos, «inadecuado» e «inapropiado», surgen del uso de instrumentos, como el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), aplicados al análisis

Palabras clave: Cérvix uterino. Citología. Displasia de cérvix.

Palabras clave: Hospitalización. Atención primaria. *Ambulatory care sensitive conditions*. *Appropriateness Evaluation Protocol*.

de la actividad hospitalaria. Estos términos no conciernen directamente a las hospitalizaciones generadas por problemas sensibles a cuidados de atención primaria (APS) (también denominadas *ambulatory care sensitive conditions* [ACSC] en la bibliografía anglosajona). Los ACSC pretenden medir la actuación de la APS (su capacidad de resolución y efectividad) más que el grado de adecuación general en la utilización de los servicios especializados, y es desde este prisma que se justifica este escrito de clarificación conceptual. Ésta se basa en los criterios que sustentan la validez interna del indicador y el papel que tiene la atención en la prevención de este tipo de hospitalizaciones. Finalmente, se hace referencia a la utilidad que podría tener el AEP.

En primer lugar, el uso de las hospitalizaciones por ACSC como indicador de efectividad de la APS lleva implícita en la definición del mismo que la hospitalización es necesaria (adecuada, apropiada) cuando el problema de salud se ha producido. Criterio de definición que, entre otros, garantiza la validez del indicador para que mida lo que pretende medir minimizando la influencia de aquellos factores ajenos a la APS². Es decir, este grupo de ACSC incluye enfermedades cuyo tratamiento y cuidado requieren ser provistos por un nivel especializado y, por lo tanto, corresponden a hospitalizaciones adecuadas. Un ejemplo de esto es el tétanos, una enfermedad que requiere hospitalización siempre pero

que podría haber sido evitada mediante la inmunización del paciente.

En segundo lugar, con relación al papel de la APS, el tipo de intervención y momento de su aplicación varían en función del problema de salud que se trate. Así, el control y seguimiento de los pacientes con diabetes contribuye a una reducción de las complicaciones agudas de esta enfermedad, pero en el caso de no alcanzarse puede derivar en un coma diabético que requerirá hospitalización. Esta situación clínica, potencialmente evitable, genera sin embargo una hospitalización adecuada. Otro ejemplo lo constituye el control y seguimiento de la hipertensión arterial mantenidos en el tiempo y que resultan en una disminución de las enfermedades cardiovasculares en edades avanzadas. En este caso, la hospitalización adecuada por causa cardiovascular aparece muy distante de la intervención efectiva y oportuna de la APS en el control de la hipertensión arterial. El tiempo es uno de los factores que más dificultan la comprensión y relación causa-efecto en el proceso de enfermar, en particular para algunos problemas de salud considerados ACSC³.

Por último, hay que mencionar que no todos los códigos de diagnóstico de ACSC⁴ cumplen completamente los requisitos citados. Así, la mayoría de las hospitalizaciones por algunos ACSC, como la bronquitis aguda, pueden considerarse inadecuadas desde el punto de vista de la necesidad de

hospitalización². No obstante, estos problemas de salud son sensibles a los cuidados de APS, se relacionan con la capacidad de resolución de este nivel y es con este objetivo que se utilizan. Todo lo dicho no excluye el interés que podría tener el AEP en el análisis de inadecuación de las estancias en hospitalizaciones por ACSC.

**J. Caminal Homar^a
y E. Sánchez Ruiz^b**

^aUniversitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. ^bAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona. España.

1. Tamborero Cao G. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31: 15-7.
2. Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15:128-41.
3. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51:303-9.
4. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003;31:61-5.