

Morbilidad laboral por hepatitis viral en trabajadores del Hospital Hermanos Ameijeiras, 2000-2001

Objetivo. Describir la incapacidad laboral por hepatitis virales, analizar la duración y gravedad por grupos de causa y los diferentes factores ocupacionales.

Diseño. Estudio observacional de corte transversal retrospectivo.

Emplazamiento. Hospital Hermanos Ameijeiras, servicio de atención primaria a trabajadores sanitarios.

Participantes. Todos los trabajadores sanitarios laboralmente activos con una comunicación de incapacidad laboral temporal por hepatitis viral desde enero de 2000 hasta marzo de 2001.

Mediciones principales. Las variables fueron: causa de la incapacidad laboral, número de días perdidos, fecha de emisión del certificado médico, profesión y área de trabajo. Se calcularon los indicadores de morbilidad laboral^{1,2}: tasa de incidencia de los episodios, índice de frecuencia, índice de días perdidos por causa (IDP) e índice de gravedad (IG).

Resultados. Se presentaron 3.137 eventos de incapacidad para una tasa de incidencia de eventos de incapacidad de $105,6 \times 100$ trabajadores. Se registraron 63 eventos de incapacidad por hepatitis viral entre la población trabajadora para una tasa de incidencia de $2,1 \times 100$ trabajadores. La hepatitis viral A presentó una tasa de $1,48 \times 100$, la hepatitis viral B una tasa de $0,30 \times 100$, la hepatitis viral C una tasa de $0,06 \times 100$, la hepatitis inespecífica una tasa de $0,23 \times 100$ ³.

Por grupos ocupacionales, las tasas de incapacidad más significativas por hepatitis viral correspondieron a los profesionales que desempeñaban labores técnicas y administrativas, con unas tasas de $1,6$ y $1,5 \times 100$ trabajadores. La hepatitis A presentó la mayor tasa de incapacidad entre trabajadores con categoría ocupacional de técnicos.

Palabras clave: Morbilidad laboral. Trabajador sanitario. Hepatitis viral.

TABLA 1 Distribución de los procesos más frecuentes. Índice de frecuencia y de días perdidos. Hospital Hermanos Ameijeiras, 2001-2002

Procesos	IF ($\times 100$)	IDP	IGR
Hepatitis viral A	0,9	23	42,8
Hepatitis viral B	0,1	28	85
Hepatitis viral C	0,03	25	51
Hepatitis inespecífica	0,16	13	18
Todos los procesos	1,11	22,6	43,2

IF: Índice de frecuencia; IDP: índice de días perdidos; IGR: índice de gravedad registrado.

Por todos los eventos de incapacidad por hepatitis viral se perdieron 1.456 días. El promedio de días perdidos por trabajador expresado a través de IDP fue de 22 días, según este indicador, la hepatitis viral B fue las que acumularon el mayor número de días no trabajados por incapacidad.

El índice de gravedad o la duración media de todos los eventos por incapacidad fue de 43 días; con la mayor duración de incapacidad destacan las hepatitis B, con 85 días por episodio, seguido de las hepatitis C con 51 días. La duración media registrada por la hepatitis B fue de 85 días^{3,4}.

Conclusión. Las hepatitis virales representaron el 2% de todas las incapacidades de los trabajadores comunicadas en el Hospital Hermanos Ameijeiras durante 2001-2002. La causa más frecuente de incapacidad temporal por hepatitis virales fue registrada por la hepatitis viral A, con $1,48 \times 100$ trabajadores. La categoría ocupacional más afectada por hepatitis virales en el Hospital Hermanos Ameijeiras durante el período 2001-2002 fue la de los trabajadores técnicos. Las hepatitis B tuvieron la mayor duración media de incapacidad por grupo de causa.

I. Frómata Suárez^a
y J.E. Pérez Bastán^b

^aEspecialista de II Grado en Higiene. Master en Epidemiología. Investigador Agregado. Hospital Hermanos Ameijeiras.

Departamento de Epidemiología Hospitalaria. Ciudad de La Habana. Cuba.

^bMédico de los trabajadores del Hospital CQ Hermanos Ameijeiras. Policlínico Marcio Manduley. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ciudad de La Habana. Cuba.

1. Rothman K. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz Santos, 1987.
2. Exposición laboral a los virus de la hepatitis B y C y al VIH. Rev Pan Salud Pública 2002;11:132-41.
3. Infante Velásquez M, et al. Morbilidad por hepatitis viral aguda en unidades cerradas del occidente de Cuba.
4. Linares Tomasa ME. Evaluación epidemiológica de la incapacidad laboral en trabajadores de la salud. Provincia Ciudad de La Habana. 1997. Tesis de terminación de Master en Salud Ocupacional. La Habana: INSAT, 2000.

Anisakiasis, ¿la tenemos presente en los diagnósticos?

Introducción. La anisakiasis humana es una infestación parasitaria del tracto gastrointestinal por la larva de *Anisakis simplex*. Las manifestaciones más frecuentes son urticaria/angioedema recidivante y dolores abdominales. ¿Cuántos de estos síntomas quedan sin diagnóstico en nuestra consulta diaria?

Caso clínico. Mujer de 45 años afectada de colon irritable que acudió por episodios de angioedema de cara desde hacía unos meses sin relación con la alimentación; la paciente no tenía antecedentes alérgicos y la analítica básica era normal. Fue derivada al servicio de alergología, donde fue diagnosticada de alergia a *Anisakis*. Se llevó a cabo una fibrogastroscoopia y un enema opaco, sin que se hallaran larvas.

Discusión. *Anisakis* (fig. 1) son parásitos nematodos¹ que parasitan el estómago de mamíferos marinos y aves; sus huevos van al agua (larva en estadio 2), donde son ingeridas por crustáceos pequeños y, finalmente, por peces (bacalao, sardina, arenque, salmón, merluza, pescadilla, caballa, etc., y calamar). Si son ingeridas por mamíferos marinos se inicia el ciclo, si lo son por humanos permanecen en estadio 3. El ser humano resulta infestado con las carnes y vísceras de los pescados parasitados. En mercados de Castilla-La Mancha, la parasitación es de un 23%, y en Merca-Madrid,

Palabras clave: *Anisakis simplex*. Anisakiasis. Reacciones alérgicas.

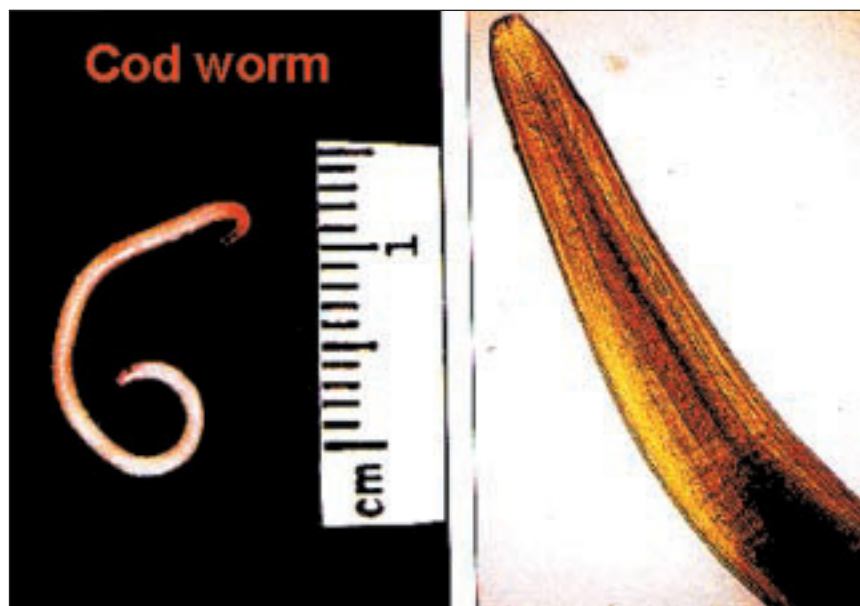


FIGURA 1.

del 80%². Hay que eviscerar el pescado para evitar la migración de las larvas. Las manifestaciones clínicas se deben a dos mecanismos: a) reacciones de hipersensibilidad inmediata mediadas por IgE³ con la aparición de urticaria/angioedema a las pocas horas de la ingesta, y b) acción local del parásito a las 24-48 h de la ingesta, diferenciándose la forma gástrica y la intestinal⁴. La gástrica presenta vómitos, epigastralgia e incluso hemorragia digestiva alta. El diagnóstico y el tratamiento se realizan por endoscopia, con la extracción de la larva. El primer caso se describió en los Países Bajos en 1960 y en España en 1991. La intestinal simula un abdomen agudo o una obstrucción intestinal y el diagnóstico suele ser posquirúrgico. El diagnóstico⁵ se basa en la relación temporal con la ingesta, la positividad de las pruebas cutáneas y/o la IgE específica positiva, aunque hay reacciones cruzadas con otros nematodos. Puede haber eosinofilia periférica (4-41%), pero no es diagnóstica. Los tratamientos antihelmínticos son poco eficaces y hay que insistir en la profilaxis, evitando la ingesta de pescado crudo o semicrudo, ya que las larvas sólo se destruyen⁶ por congelación (-20 °C durante 72 h), salazón (10 días), aliñado (30-70 días), fritura o ahumado (50-70 °C). La práctica de riesgo en nuestro país es la preparación del pescado «en vinagre».

Conclusiones. En España se consume mucho pescado (85 g/habitante/día)⁴, y tiene

unas tasas de infestación altas. Hay que insistir en la profilaxis. La urticaria aguda es una afección frecuente en nuestras consultas y el 50% son idiopáticas⁴. *Anisakis* es una potencial causa de urticaria aguda en la que tendríamos que pensar con más frecuencia.

M.I. Moreno Hernández,
S. Canut Caveró, V. Vilà Palau
e I. Larrañaga Ugartemendia
ABS Vilassar de Dalt-Cabrils. SAP
Maresme. Vilassar de Dalt. Barcelona.
España.

1. Cheng CT. Parasitología general. Ed. AC 1978; p. 649-51.
2. López Giménez RM, Castell Monsalve J. Estudio de la tasa de parasitación por nematodos del género *Anisakis* en el pescado fresco de venta más frecuente en Castilla-La Mancha. Alimentaria 1994;37-42.
3. Ubeira FM, Santamaría MT, Navarrete I, Sanmartín ML. Antigenic crossreactivity in mice between third-stage larvae of *Anisakis simplex* and other nematodes. Parasitol Res 1996;82:378-81.
4. Anisakiasis a nivel ileal [editorial]. Rev Esp Enferm Dig 1998;90:120-3.
5. Gómez Sáenz JT, Gérez Callejas MJ, Zangróniz Uruñuela MR, Mur Ovejas E, González JJ, García Palacios MJ. Reacciones de hipersensibilidad y manifestaciones digestivas producidas por la ingestión de pescado parasitado por *Anisakis simplex*. Semergen 25:792-7.
6. Díaz Estruch J. Parasitosis por nematodos. Alimentaria 1992;43-45.

Grado de control de la hipertensión arterial según la metodología utilizada en su medida en consultas de atención primaria (estudio CONTROL-MAP)

Objetivo. Se plantea el estudio CONTROL-MAP para valorar si la metodología seguida para medir la presión arterial (PA) en consultas médicas influye en el grado de control del paciente hipertenso, según se siga la práctica clínica habitual (PAC) o la recomendada por las directrices actuales (condiciones estándar).

Diseño. Estudio descriptivo transversal y observacional.

Emplazamiento. El estudio se realizó durante los meses de octubre de 2001 a marzo de 2002 en el Centro de Salud de Castelló (Área 2-IMSALUD).

Participantes. Se incluyó a 197 pacientes hipertensos, mayores de 18 años, que recibían fármacos antihipertensivos, mediante muestreo aleatorio simple.

Mediciones principales. Se registraron 4 medidas de la PA: la última medida registrada en la historia clínica y realizada según PAC (PAHA), la PA medida en la visita de inclusión según PAC (PAI), y la media de las 3 medidas (M3), y de las 2 últimas (M2) realizadas en la visita de inclusión según las recomendaciones de la OMS/SIH. Se definió control como PA < 140/90 mmHg. Se contabilizó el tiempo medio requerido para medir la PA según PAC y en condiciones estándar.

Resultados principales. El 17,20% de pacientes estaba bien controlado según la PAHA y el 16,2% según la PAI.

Al medir la PA según condiciones estándar, un 39,80% de los pacientes estaba controlado al considerar la media de las 3

Palabras clave: Control hipertensión. Medida presión arterial. Metodología.

medidas, y el 42,90% con la media de las 2 últimas. Se hizo la comparación de porcentajes con el test de la χ^2 , y se encontró significación estadística en PAHA o PAI frente a M3 o M2; ($p < 0,001$).

El incremento de tiempo que supuso la medida en condiciones estándar fue de 8 min.

Conclusiones. La medida correcta de la PA aumenta significativamente el porcentaje de hipertensos controlados de manera adecuada, y es social y sanitariamente eficiente.

F. López Corral^a, J. Sierra Alonso^a,
M.L. Jaén Martínez^a
y C. Suárez Fernández^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Castelló. Área 2. España. ^bServicio de Medicina Interna. Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Universitario de la Princesa (IMSALUD). Madrid. España.

Banegas JR. El problema del control de la hipertensión en España. *Hipertensión* 2002;19:377-81.

Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultado del estudio Controlpres 98. *Hipertensión* 1998;15:298.

Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 2001. *Hipertensión* 2002;19:20.

Kaplan N. *Hipertensión clínica*. 3.ª ed. Ed. Waverly Hispánica S.A., 1999; p. 23-49.

Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

World Health Organization/International Society of Hipertensión Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999;17:151-83.

Consumo crónico de benzodiazepinas en ancianos

Objetivos. El objetivo del estudio es conocer, el perfil del consumidor crónico de

Palabras clave: Benzodiazepinas. Prevalencia. Ancianos. Depresión. Insomnio.

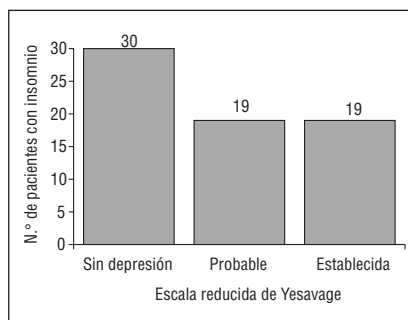


FIGURA 1. Resultado del test de Yesavage reducido aplicado a los pacientes insomnes ($n = 58$).

benzodiazepinas mayor de 65 años con un consumo de más de un año de duración y valorar la adecuación del tratamiento a través de la medición de diversas variables y de la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage.

Diseño. Estudio observacional, transversal.

Material y métodos. Estudio realizado en un centro de salud urbano, en el que los participantes son pacientes ≥ 65 años consumidores de benzodiazepinas durante más de un año ($n = 350$; muestra = 102).

Mediante una entrevista concertada se recogió información sociodemográfica sobre enfermedades médicas, consumo de fármacos, variables relacionadas con las benzodiazepinas recetadas, y se administró la escala de depresión geriátrica reducida de Yesavage.

Resultados. La edad media es de $75,8 \pm 8,4$ años y el 76,5% (67-84,3%) son mujeres. Un 14,7% (8,4-23,1%) tiene estudios medios o superiores. El 63,7% (54,4-73,1%) eran trabajadores no cualificados.

En un 55,9% (45,7-65,7%), el prescriptor inicial es el médico de cabecera. Vive solo el 32,3% (23,3-41,4%) y el 22,5% (14,4-30,7%) no tiene apoyo familiar.

Un 53,9% (43,6-63,8%) tiene ≥ 3 enfermedades crónicas y el 59,8% (49,6-69,4%) toma ≥ 3 fármacos.

El 61,8% (51,6-71,2%) son benzodiazepinas de vida media corta, y el 32,4% (23,4-42,3%), de vida media larga. La benzodiazepina más prescrita es el lorazepam en un 37% (22,7-39,9%). Un 60,4% (50,9-69,9%) consume estos fármacos desde hace 4 años o más. Presentaba puntuación del Yesavage con depresión probable o establecida (≥ 6 puntos) un 50% (40,3-59,7%). Un 64,7% (50,1-77,6%) de los pacientes con Yesavage positivo no recibía

tratamiento antidepresivo. No tenía diagnóstico psiquiátrico registrado en la historia clínica el 63,7% (53,6-73%) de los pacientes.

En los pacientes con insomnio, que constituyen el 66,7% (57,5-75,8%), el test de Yesavage es positivo en el 55,8% (43,3-67,9%; fig. 1). El 78% (64-88,5%) de los pacientes en quienes el insomnio fue el motivo de prescripción de la benzodiazepina seguían con insomnio a pesar del tratamiento.

Discusión y conclusiones. La mitad de los pacientes con consumo crónico de benzodiazepinas tienen una depresión probable o establecida que, en general, no ha sido tratada.

La gran mayoría de los pacientes con insomnio, la mitad de ellos con un test de Yesavage positivo, continúa igual a pesar del tratamiento.

Debemos considerar la prescripción de benzodiazepinas poco adecuada como tratamiento a largo plazo y, especialmente, en este grupo de edad. Hay que considerar los inhibidores de la recaptación de serotonina, sobre todo los sedativos, como la primera alternativa en los pacientes con estos problemas¹⁻⁶.

M. González Solanellas^a, P. Cabrero Sobrino^b, S. Lancho Lancho^a y A. Torres Sánchez^c

^aEspecialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

^bResidente segundo año de MFyC.

^cResidente tercer año de MFyC.

1. García Serrano, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27:484-8.
2. Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez, Lumberras García C, Molina París S, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000;25:107-10.
3. Zitman FG, Couvee JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-of report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry* 2001;178:317-24.
4. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression (Cochrane Review).

Cochrane Database Syst Rev 2001;2: CD001026.

5. Ortiz Valle C, López-Torres Hidalgo J, Santos Rodríguez C, Montoya Fernández J, Maroto de Agustín A, Escobar Rabadán F. Depresión mayor en consumidores de benzodiazepinas. Aten Primaria 1998;22:92-8.
6. Wilson K, Mottram P, Sivananthan A, Nightingale A. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2 2003 (ISSN 1464-780X). File reference: AB000561.

Vasculitis granulomatosa de Wegener: descripción de un caso inusual con diagnóstico de presunción desde una consulta de atención primaria

Introducción. En nuestra práctica habitual como médicos de atención primaria podemos en ocasiones dejarnos llevar por la burocracia y las numerosas afecciones de carácter banal que atendemos. Valga este ejemplo de la presencia de una de las tantas entidades que, si bien son excepcionales, existen y además en este caso logramos sospecharla desde nuestra consulta pudiendo así realizar un abordaje precoz.

Caso clínico. Varón de 32 años que consulta por epistaxis, hematuria y síndrome constitucional.

Antecedentes patológicos: hematuria asintomática aislada en analítica ambulatoria en 1999, estudiada y con pruebas complementarias normales. Rinitis estacional de 3 años de evolución y varios episodios de urticaria valorada en servicio de alergología, con pruebas cutáneas positivas.

En marzo de 2003 inició un cuadro de congestión nasal intensa, anosmia, ageusia. Es diagnosticado de rinitis alérgica y se pautó tratamiento con fármacos anti-H₁, con muy mala evolución, por lo que fue remitido al servicio de alergología que, a su vez, consideró mejor su valoración por el otorrinolaringólogo de zona. Pendiente de ésta, nos comentó la presencia de febrícula vespertina y fiebre episódica, así como malestar general, astenia, hiporexia y pérdida de peso de 4-5

kg en 45 días. Ante un síndrome constitucional evidente, solicitamos estudio analítico urgente, que mostraba: Hb, 10,6; VCM, 84; HCM, 28,6; plaquetas, 858.000; leucocitos, 14.900 (9.320 polimorfonucleares, 1.601 eosinófilos), con trombocitosis confirmada. La VSG era de 112. En la bioquímica se obtuvo una creatinina de 1,4; iones y lípidos normales. La fosfatasa alcalina era de 100, y el GGT de 75. El análisis de orina reveló 10-15 hematíes/campo, 5-10 leucos/campo y proteinuria de 66 mg/dl.

Nuestro paciente, además de su clínica de vías respiratorias altas, presenta hallazgos analíticos compatibles con un proceso inflamatorio crónico y un síndrome nefrítico inicial. Por todo ello, sospechamos la posibilidad de que se tratase de una vasculitis de Wegener y lo derivamos al hospital para valoración y estudio de nuestro diagnóstico de presunción.

Fue ingresado en el servicio de medicina interna, y en la exploración física sólo destacó la presencia de una lesión eritematosa en el antepié derecho. Respecto a las pruebas complementarias, la analítica fue similar a la ambulatoria. El resto de las pruebas, inmunolectroforesis: IgM de 42, complejos inmunes, 5; ANA negativo; ANCAS-C positivo fuerte, antiproteínasa 3 152; C3 208, C4 32; estudio serológico: VHB, VHC, VIH, neumonía atípica, *Rickettsia*, lúes, *Salmonella* y *Brucella* todas ellas negativas. El test de Mantoux fue negativo; IgG CMV 82; hemocultivos y urocultivos negativos. Citología orina: hematíes de origen extraglomerular. Microalbuminuria, 55,92 mg/dl; proteínas, 130; una orina de 24 h reveló una aclaración de creatinina de 86 ml/min; proteínas de 2,25 g/24 h; 2,26 hematíes; 1,4 cilindros. La radiografía de tórax y del antepié derecho fueron normales. Radiografía de senos: ocupación de ambos senos maxilares y masa de contorno superior convexo en el izquierdo; en la TC de senos paranasales se apreciaba una ocupación parcial de seno esfenoidal, celdillas etmoidales (mayor en lado derecho) y ambos senos maxilares. El servicio de reumatología evaluó como afección periarticular la lesión eritematosa del antepié derecho y el servicio de ORL halló granulomas en ambas fosas

nasales, de predominio en tabique y con obstrucción de fosa nasal izquierda.

Finalmente, se realizaron biopsias de las fosas nasales, y se halló material necrótico inflamatorio con la presencia de células multinucleadas gigantes y de riñón con glomerulonefritis proliferativa extracapilar segmentaria y focal, compatibles ambas con enfermedad de Wegener. La inmunofluorescencia renal fue finalmente negativa.

En conclusión, el diagnóstico definitivo fue granulomatosis de Wegener, con afección sinusal y renal.

Discusión. Se trata de una entidad autoinmune que produce una inflamación de los vasos, preferentemente de las vías respiratorias superiores y los glomérulos renales. A pesar de su baja incidencia (0,4/100.000) y apenas 20 casos publicados en España, debemos, como con otras tantas enfermedades, estar en alerta. El esfuerzo por una formación continuada y un estrecho seguimiento evolutivo de nuestros pacientes nos ayudarán, sin duda, a conseguir este objetivo.

Conclusión. La enfermedad de Wegener es una afección poco habitual, pero no por ello debemos dejar de sospecharla cuando un paciente presenta un hecho tan común como una rinitis o sinusitis que no mejora y que, además, se acompañe de un síndrome constitucional, haciéndonos sospechar que no se trate meramente de un cuadro banal. Nuestro caso, bien es cierto, nos alertó aún más debido a que conocíamos el antecedente analítico de la hematuria asintomática de varios años de evolución, a la que finalmente acompañó una proteinuria. Nuestro interés por el caso ha sido enorme, tanto por su inusual incidencia como por la implicación que muchos especialistas tuvimos en su diagnóstico, resultando clave el papel del médico de familia en una adecuada orientación.

F. Gallo Puelles^a, F.J. Morales Canorea^b, L. Polo García^c y A.J. Martínez Torrano^c

^aMIR de Medicina de Familia. ^bMédico de Familia. Tutor y coordinador docente. Consulta de atención primaria de la Puebla de Soto. Centro de Salud de La Nora. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.