

La salud y los medios de comunicación

Introducción. La información sobre temas relacionados con la salud en los medios de comunicación (MEC) va en aumento, como demuestra el Informe Quiral de 1998 (acerca del año 1997). En España se pasó de 5.984 noticias a 8.706, un 45% más que el año anterior¹. Diariamente un 79% de la población ve la televisión, un 46% oye la radio y un 26% lee el periódico². Se podría considerar que los MEC son una herramienta fundamental y necesaria para influir de manera positiva en la población³.

Objetivos. Determinar la procedencia de los consejos de salud (COS) que reciben los usuarios y cuáles perciben como más útiles.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Equipo de atención primaria urbano cuya zona básica de salud asignada es de 19.000 personas según tarjeta sanitaria individual.

Mediciones. Encuesta elaborada por los profesionales sanitarios y realizada a los usuarios que acudieron a consulta a demanda del 9 al 19 de febrero de 2004. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia del COS –consulta de atención primaria (CAP), MEC o ambos– y cuál percibieron como más útil.

Resultados. Se encuestó a 407 pacientes –245 mujeres (60,19%) y 162 varones (39,80%)–, con una edad media de 53,33 años. Nunca recibieron COS 32 pacientes (7,86%) y sí los recibieron 375 (92,1%): 84 personas (22,4%) de la CAP, 47 (12,5%) de los MEC y 244 (65,1%) de ambos; de estos últimos, 227 (93%) percibieron como más útil la información recibida de las CAP y 17 (7%) de los MEC.

Discusión. Durante la realización de la encuesta se observó que los usuarios no perciben como COS la información que se les facilita en la CAP. La mayoría recibe información tanto de la CAP como de los MEC, y se considera más útil la recibida del primer medio. A pesar del importante aumento de noticias sobre la salud en los MEC y de la información que se transmi-

te en la CAP, un número destacado de pacientes nunca han recibido ningún COS, por lo que se debe replantear cómo y en qué forma se transmite dicha información. Se debe coordinar la información sobre la salud entre los profesionales sanitarios y los MEC para hacer que llegue a toda la población del modo más claro, veraz y positivo posible.

J. Salgado Ramos^a, E. Duro Mota^a,
A.J. López Moyano^a y L.M. Muñoz-Delgado Buchó^b

^aMédico de familia. CS San Fermín. Área 11. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid. España.

^bPediatra. CS San Fermín. Área 11. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid. España.

1. Informe Quiral. 1.ª ed. Fundación Privada Vila Casasa. Barcelona: Robles Editorial; 1998.
2. CIS. Los españoles y los medios de comunicación. Estudio CIS 2.396, julio de 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; octubre-diciembre de 2000. Boletín 26.
3. Amador Romero FJ. Medios de comunicación y opinión pública sanitaria. Aten Primaria. 2004;33:95-8.

Uso de tacrolimus tópico y sus efectos adversos

Introducción. La dermatitis atópica¹ es una enfermedad relativamente frecuente en atención primaria. Se trata de un proceso inflamatorio crónico de la dermoepidermis que puede afectar a personas de todas las edades, pero es característico su comienzo en edades pediátricas. Provoca fundamentalmente prurito que compromete en cierta medida la calidad de vida del paciente. El tratamiento es sintomático mediante el uso de emolientes, antihistamínicos orales y corticoterapia tópica². Algunos pacientes, en especial los de afectación moderada-grave, responden discretamente al trata-

miento. Es el caso que exponemos a continuación.

Caso clínico. Paciente de 78 años sin alergias farmacológicas conocidas. Presentaba como antecedentes patológicos artrosis generalizada e hipertrofia prostática asintomática. Consultó por clínica de picores generalizados de larga evolución que temporalmente trataba con antihistamínicos orales de nueva generación y aplicación de corticoides de potencia moderada de forma intermitente. En el momento actual persistía el síntoma a pesar del tratamiento, motivo por el cual se realizaron una nueva anamnesis (no existían causas externas aparentes), exploración física (no habían aparecido lesiones cutáneas) y nuevas pruebas complementarias (analítica sanguínea: hemograma, perfiles hepático y renal sin alteraciones). El resultado del proceso asistencial fue estrictamente normal, por lo que se orientó el cuadro como prurito *sine materiae*, se instauró tratamiento con antihistamínicos de primera generación a dosis plenas (25 mg/8 h de hidroxizina), corticoides tópicos de potencia alta (1 aplicación/12 h de betametasona) y emolientes, y se remitió al paciente a la atención especializada. En el servicio de dermatología se diagnosticó dermatitis atópica, motivo por el que se retiró la medicación convencional y se pautó tratamiento con inmunomoduladores (1 aplicación/24 h de tacrolimus). El paciente tuvo una mejoría espectacular de los síntomas y siguió aplicándose el tratamiento una vez al día. A las 6 semanas consultó de nuevo por aparición de dolor y nuevas lesiones cutáneas (fig. 1) en la zona de aplicación de tacrolimus (en antebrazos).

Se diagnosticó al paciente de abscesos cutáneos, se retiró el tratamiento tópico y se



Fig. 1. Abscesos cutáneos en ambos brazos.

Palabras clave: Medios de comunicación. Consejos de salud. Procedencia.

Palabras clave: Tacrolimus. Dermatitis atópica. Inmunomoduladores.

instauró antibioterapia oral. Las lesiones remitieron en 10 días.

Discusión y conclusiones. La dermatitis atópica es un motivo de consulta habitual y en la mayoría de las ocasiones se soluciona en el ámbito de la atención primaria con tratamiento sintomático¹. En los últimos años ha aparecido en el mercado de la terapéutica tópica una serie de preparados de investigación médica que han demostrado su validez y eficacia para muchas enfermedades cutáneas, y con los que básicamente se busca evitar los efectos secundarios de la corticoterapia tópica a largo plazo. El tacrolimus forma parte de los inmunomoduladores tópicos no esteroideos comercializados recientemente³. Se trata de un derivado macrólido resultante del extracto de *Streptococcus tsukubanaensis* y tiene su principal indicación en la dermatitis atópica moderada-grave. Su mecanismo de acción parece inhibir la activación y proliferación de las células T y la formación de citocinas (interleucina 4 e interferón gamma), a través de la inhibición de la calcineurina fosfatasa (paso importante en la activación de los linfocitos T). Los estudios realizados al respecto con más de 16.000 pacientes⁴ han demostrado su eficacia a la concentración del 0,1% aplicado tópicamente cada 12 h; ante la buena respuesta, se mantiene una aplicación cada 24 h durante varios meses. Se dice que es equivalente a los corticoides de potencia alta y entre sus propiedades cabe mencionar que disminuye las cepas colonizadoras de *Staphylococcus aureus* de la piel afectada en los pacientes atópicos, así como el número de infecciones cutáneas. A diferencia de los corticoides aplicados a largo plazo, el tacrolimus no causa atrofia cutánea irreversible, telangiectasias, estrías, hipertrichosis ni trastornos de pigmentación⁵. Entre los efectos adversos se han descrito sensación de quemazón en la zona de aplicación (aproximadamente el 20-50% de los tratamientos), prurito (en el 20-40%), eritema y mayor probabilidad de lesiones herpetiformes⁴.

La cuestión que se nos planteó con este paciente era si existía relación causal entre la aplicación tópica de tacrolimus y los abscesos observados, debido a la inmunodepresión. Más del 90% de los pacientes atópicos presentan colonias de *S. aureus* en la

superficie de la piel (frente al 10% de las personas con piel sana)⁴. Está descrito que el tratamiento con tacrolimus disminuye el número de unidades formadoras de colonias bacterianas tras las primeras semanas del tratamiento; por un lado, mejora el eczema cutáneo (y por tanto restablece la integridad física de la dermoepidermis) y, por otro, disminuye la flora potencialmente patógena. De esta manera mejora una de las complicaciones habituales de la enfermedad de base.

De todas formas, dados el potencial inmunodepresor, la edad avanzada del paciente (menor capacidad de metabolización), la relación temporal entre la aplicación tópica de tacrolimus y la intensidad de los abscesos, creemos que existió una probable relación causal. Algunos estudios al respecto apoyan esta relación al evidenciar un aumento de foliculitis en pacientes tratados con tacrolimus⁶. Realizamos una notificación de sospecha de reacción adversa a una nueva especialidad terapéutica al Servicio de Farmacovigilancia.

Cabe decir que nuestro paciente recayó en el prurito de nuevo y el dermatólogo creyó válida la reinstauración del tacrolimus aplicado una vez cada 48 h. En el momento actual el paciente se mantiene clínicamente asintomático y no han aparecido nuevas complicaciones.

A pesar del efecto adverso observado, los inmunomoduladores (tacrolimus y pimecrolimus) han demostrado su eficacia, y tolerabilidad en el tratamiento prolongado de la dermatitis atópica moderada-grave que afecta a pacientes de más de 2 años que no responden o tienen efectos secundarios al tratamiento convencional⁴.

D. Riba Torrecillas^a, J. Soler-González^b y A. Rodríguez-Rosich^c

^aMédico de familia. ABS Tremp. ICS. División Atención Primaria. Lleida. España.

^bMédico de familia. ABS Balafía-Secà-Pardinyes. ICS. División Atención Primaria. Lleida. España.

^cMédico de familia. ABS Balaguer. ICS. División Atención Primaria. Lleida. España.

1. Correale C, Murphy L, Craig T. Atopic dermatitis: a review of diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 1999; 60: 1191-210.

2. Ribera M, Casanova JM. Tratamiento de las dermatosis más frecuentes en atención primaria. *FMC Protocolos*. 2002;9:2-24.
3. Russell JJ. Topical tacrolimus: a new therapy for atopic dermatitis. *Am Fam Physician*. 2002;66:1899-902.
4. Kapp A, Allen BR, Reitamo S. Atopic dermatitis management with tacrolimus ointment (Protopic®). *J Dermatol Treat*. 2003;14:5-16.
5. Fonseca E. Tacrolimus tópico. *FMC*. 2004;11:492-5.
6. Fleisher AB Jr, Ling M, Eichenfield L, et al. Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis is not associated with an increase in cutaneous infections. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47:562-70.

¿Qué impacto tuvieron las comunicaciones del último Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha?

Objetivos. Conocer cuántas comunicaciones del IV Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (IV CAPCLM), celebrado en Guadalajara en junio de 2003, se publicaron en revistas. Describir el apartado de metodología de todas las comunicaciones.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Atención primaria e internet.

Participantes. Tomando como fuente de datos el libro de ponencias del IV CAPCLM, durante la primera semana de abril de 2004 se realizó una investigación en internet en la que se buscó en MEDLINE y en el Índice Médico Español, a través del primer autor, cuántas de estas comunicaciones estaban indexadas en revistas.

Mediciones principales. Número de comunicaciones publicadas en revistas, tipo de comunicación y de estudio, muestra, fuentes de información, gestión informática de datos y estrategia de análisis.

Resultados. En el congreso se realizaron 88 comunicaciones (31 orales). Encontra-

Palabras clave: Publicaciones. Congresos. Resumen. Atención primaria.

mos 2 indexadas en MEDLINE y ninguna en el Índice Médico Español, lo que representa el 2,3%. El número de estudios descriptivos era de 59. El tamaño de la muestra se calculó en 13 estudios y en 40 no constaba el tipo de muestreo. La fuente de información más utilizada fue la entrevista y el cuestionario (46,6%). Diez explicaban la gestión informática de datos y 17 la estrategia de análisis.

Conclusiones y discusión. Los congresos científicos son una buena fuente de intercambio de información entre los profesionales. Sin embargo, la información que en ellos se produce se aleja bastante de la que se recoge en las revistas, las cuales precisan criterios de validez para hacer públicos los resultados. Algunos autores relacionan una baja tasa de publicación de los congresos con una precaria calidad científica¹. A pesar del aumento de aportaciones a congresos de atención primaria, los trabajos realizados continúan siendo mayoritariamente descriptivos². La tasa de publicación del IV CAPCLM, del 2,3%, es similar a la de la Sociedad de Farmacia Hospitalaria³, lo que dista bastante de las encontradas de otros congresos nacionales (el 17%⁴ o el 21%⁵) y europeos (42%)⁶. Asumimos como limita-

ciones metodológicas que este tipo de estudios precisa de más tiempo para evitar el sesgo de pérdida de originales en algún momento del proceso editorial de la publicación (es habitual para este tipo de revisiones dejar pasar un período de 4 años para obviar este sesgo), y que en la publicación final el primer firmante sea distinto del que aparece en la comunicación del congreso. Otros sesgos podrían derivarse de la existencia de errores a la hora de recopilar la indexación dentro de las grandes bases de datos y de que se trata de un congreso de carácter regional.

La conclusión de este trabajo es que la tasa de publicaciones derivadas del IV CAPCLM fue baja.

A.J. Cuéllar de León^a, V. Ruiz García^b y J.L. Cuadrado Escamilla^c

^aGerencia Unidad Medicalizada de Emergencias. Motilla del Palancar. Cuenca. España.

^bUHD. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

^cServicio de Oftalmología. Hospital Santa Tecla de Tarragona. Tarragona. España. Premio a la Mejor Comunicación en Panel del V Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, celebrado en Ciudad Real del 3 al 5 de junio de 2004.

1. Gorman RL, Oderda GM. Publication of presented abstracts at annual scientific meetings: a measure of quality? *Vet Hum Toxicol.* 1990;32:470-2.
2. Fernández Fernández L. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria.* 2003;31:281-4.
3. Sanz Arrufat A. Proporción de comunicaciones publicadas tras su presentación en congresos de Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp.* 2003;27:224-30.
4. Castillo J, García-Guasch R, Cifuentes I. Publicaciones derivadas de las comunicaciones libres de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (Anestesia 92). *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2000;47:53-6.
5. Olivé A, Cifuentes I, Vázquez Corbacho D, Roca J. Rumbo a lo desconocido: destino final de los resúmenes presentados a un congreso de reumatología. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:122-5.
6. Castillo J, García-Guasch R, Cifuentes I. Fate of abstracts from the Paris 1995 European Society of Anesthesiologists meeting. *Eur J Anesthesiol.* 2002;19:888-93.