

3. Gestión Sanitaria de Canarias. División de Urgencias Sanitarias (O61-Canarias). Población atendida y tiempo de asistencia. Accedido: 1998 sep. 22; (1:1 pantalla). Url: <http://www.061.Po-bla.html>.

Incapacidad laboral transitoria en atención primaria

Atención primaria; Auditoría;
Diabetes mellitus; Incapacidad laboral;
Patologías; Protocolo.

Sr. Director: La incapacidad laboral transitoria (ILT) es una de las situaciones más habituales en nuestra práctica diaria. Por tal motivo, decidimos realizar un estudio de las ILT de nuestro centro de salud, para conocer sus características y ver si los resultados eran similares o diferían con los de otras series.

Nos planteamos como objetivos los siguientes:

- Determinar el número de días que, de forma más frecuente, suele estar de baja laboral un paciente.
- Hallar aquellas patologías que ocasionan las bajas laborales más prolongadas y frecuentes.
- Los grupos de edad en que es más habitual y la variación a lo largo de los diferentes meses.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el área del centro de salud (14.000 habitantes). Los sujetos son las personas que han estado de baja laboral, durante el período de septiembre de 1997 hasta abril de 1999, ambos inclusive. Se excluyeron aquellos que aún permanecían de baja en el momento de la recogida de datos. Se utilizaron historias clínicas y archivo del centro de salud. Se recogió la edad del paciente, agrupados en 5 grupos (16-25, 26-35, 36-45, 46-55 y 56-65 años), sexo, meses en que estuvo de baja el sujeto, número total de días, y se agruparon todas las posibles patologías en 15 grupos (especialidades). Se recogieron los datos correspondientes a 1.011 bajas laborales, que sumaron 27.873 días, con una media de 27,56 días por persona. Por edad: 26-35 años (24%) y 36-45 (33%). 48,76% eran mujeres (493); 413 bajas tuvieron una duración de una semana o menos, y 784 un mes o menos. En la representación por meses destacaron: febrero, 23,6%; marzo, 16,7%, y enero, 14,03%. Las enferme-

dades infecciosas constituyen el 31,7%; traumatología, 19,9%; cirugía, 8,94%, y reumatología, 6,99%. Las bajas de 100 o más días corresponden: 29 a traumatología, 9 a cirugía, 9 a psiquiatría, 4 a neumología y 2 a cardiología.

Como conclusiones del estudio podemos destacar las siguientes:

- Un 40,85% corresponde a bajas laborales de 7 o menos días.
- El 77,5% representa las bajas de un mes o menos.
- Las patologías que presentan bajas laborales de mayor duración son traumatología (40,84%), cirugía (12,67%) y psiquiatría (12,67%).
- Las patologías más prevalentes fueron: infecciosas (31,7%), traumatología (19,9%), cirugía (8,94%) y neumología (6,99%).
- Los grupos de edad más frecuentes: 36-45 (33%) y 26-35 (24%).
- Los meses de febrero (23,6%) y marzo (16,7%) presentan un mayor número de bajas (distribución estacional).

Otros estudios han determinado que hay patologías asociadas al sexo y la edad; otras presentan una distribución estacional¹. Nuestros resultados son similares a otras series². Se encuentran diferencias significativas en los grupos: enfermedades del sistema nervioso y traumatismos (más frecuentes en varones); enfermedades respiratorias y mentales (más frecuentes en mujeres)². Excluyendo las bajas por maternidad, no se detectan diferencias significativas entre varones y mujeres⁴. La edad y los diferentes tipos de trabajo influyen en el número y duración de las bajas laborales. Serán necesarios posteriores estudios que expliquen estas diferencias³.

Algunos estudios refieren que las ILT son más frecuentes en enfermeras que en la población general ($p < 0,001$), aunque puede haber diferentes factores que expliquen estas diferencias⁴. Los más importantes factores asociados a la ILT eran la edad y el grupo de seguridad social (trabajador autónomo o contratado). La mejora en la accesibilidad al sistema de salud es uno de los factores que influyen más positivamente en el regreso al trabajo⁵. Algunos autores consideran que la guía estándar del INSALUD debería ser promovida y mejorada (en algunos aspectos, como salud mental), para llegar a ser un li-

bro de bolsillo, como referencia en la práctica habitual⁶.

**I. Ibarburu Valbuena,
J.J. Labracá Sánchez, M. Lerma
Lucas y B. Solanas Mateo**

Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento.
Alicante.

1. Núñez Batalla D, Otero Rodríguez C, Sanz Velasco C, Amador Mellado J, Fernández Gutiérrez C, Paz Jiménez J. Incapacidad laboral transitoria durante un año en el Área IV de Asturias. Aten Primaria 1995; 15 (9): 561-565.
2. Oliver Banuls A, Pastor Vicente S, Roig Sena J, Chover Lara JL. Estudio de incapacidad laboral temporal en la ciudad de Játiva. Rev Sanid Hig Pública (Madr) 1994; 68 (2): 297-302.
3. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, edad y profesión en las incapacidades laborales temporales de un centro de salud. Aten Primaria 1993; 11 (6): 293-297.
4. Buitrago F, Lozano L, Fernández Lozano C, Bonino F, Candela M, Altimiras J. Las incapacidades laborales temporales de trabajadores administrativos y enfermeras. Gac Sanit 1993; 7 (37): 190-195.
5. Royo-Bordonada M. Duración de la incapacidad laboral y factores asociados. Gac Sanit 1999; 13 (3): 177-184.
6. Berriochoa Martínez de Pison C, Sanz Carabana P, Flores Ortúeta L, Soto Fernández S, Villagrasa Ferrer JR. Utilidad de la guía estándar para la duración de los procesos de incapacidad laboral temporal, publicado por INSALUD, para la atención primaria. Aten Primaria 1996; 18 (5): 248-252.

Introducción del control de calidad: auditoría del protocolo de diabetes mellitus

Atención primaria; Auditoría;
Diabetes mellitus; Incapacidad laboral;
Patologías; Protocolo.

Sr. Director: La diabetes mellitus es la alteración metabólica grave más frecuente en la población general (2-6%; llegando al 16% en mayores de 65 años), posee un gran efecto sobre la morbilidad y como factor de riesgo tiene importancia destacada en la enfermedad isquémica cardíaca (la multiplica por tres), enfermedad cerebrovascular (la multiplica por dos) y sus complicaciones crónicas, macro y microvascularización, son causa, entre otras, de ceguera (principal causa etiológica en

TABLA 1. Criterios de evaluación

1. Cumplir criterios diagnósticos de DM (según Diabetes Care 1997; 20: 1183-1194)
2. Tener realizada la anamnesis sobre:
Antecedentes familiares
Antecedentes personales de HTA, dislipemia y enfermedades cardiovasculares
Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol
3. Edad de inicio
Tipo de DM
Tratamientos previos en relación con la DM
4. Tener realizada en los 2 últimos años una exploración física que incluya al menos:
Peso y talla de referencia
Medición TA
Auscultación cardiorrespiratoria
Pulsos periféricos
Reflejos osteotendinosos
Sensibilidad
Examen de los pies
5. Tener realizado un estudio básico analítico que incluya:
De inicio: estudio básico de salud, protocolo de DM, orina (A y S) y MAU
Cuatrimestral o semestral: protocolo de DM, orina (A y S) y MAU.
Anual: idéntico que al inicio
6. Tener realizado fondo de ojo anual (excepto inmovilizados en domicilio)
7. Tener realizado ECG informado anual
8. Controles habituales en programas de enfermería de:
Peso y glucemia
Adhesión al tratamiento
Plan terapéutico
9. Glucemia basal inferior a 140 mg/dl en el 75% de los controles
10. Hemoglobina glucosilada inferior al 7% al menos en 2 ocasiones al año

nuestro país), insuficiencia renal, neuropatía y otras. Así mismo es el cuarto problema de salud al que se le dedican más recursos económicos en la actualidad.

Está demostrado que el buen control de las cifras glucémicas revierte en una menor progresión de las complicaciones a las que hacíamos referencia¹; por todo ello, se convierte en uno de los objetivos más importantes en el control de salud de la población, además de ser fácilmente abordable desde la práctica habitual de la atención primaria².

Tras la apertura de nuestro centro, se decidió seguir un protocolo de diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus, basándonos en las recomendaciones de la American Diabetes Association³. Creemos que la evaluación de un número pequeño de historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos no nos resta demasiado tiempo a nuestra labor asistencial y nos orienta sobre el grado de cumplimiento en

la aplicación de nuestro protocolo de DM y el grado de control de las cifras glucémicas en dichos pacientes. Así, hemos evaluado 100 historias clínicas de pacientes diabéticos, abiertas durante el período 1997-1998 y extraídas aleatoriamente, midiendo en ellas 10 criterios (tabla 1). Hemos obtenido un control de las glucemias basales (< 140) en un 58% de los pacientes, y un control de las hemoglobinas glucosiladas (< 7%) en el 61%.

Respecto al grado de cumplimiento del protocolo de DM, un 95% cumplía los criterios diagnósticos del Diabetes Care 1997, un 67% tenía realizada anamnesis de sus antecedentes familiares, el 93% anamnesis sobre antecedentes personales de hipertensión, dislipemias y enfermedades cardiovasculares, y un 92% sobre hábitos tóxicos. En un 71% de las historias se recogía la edad de inicio, en el 90% el tipo de DM y en un 76% los tratamientos previos en relación con la diabetes. Tenemos constancia de

una medición de peso y talla de referencia en el 90% de los pacientes, en un 95% de la toma de TA, en el 88% de auscultación cardiorrespiratoria, en el 73% de exploración de pulsos periféricos y sólo en un 26% de los pacientes se incluyó en la exploración la realización de reflejos osteotendinosos, pruebas de sensibilidad y examen de los pies.

En un 96% de las historias se incluía un estudio analítico protocolizado para DM; en el 61%, además, se completaba el estudio con un protocolo básico analítico cuatri/semanstral de DM, y en el 81% se incluía un protocolo analítico anual similar al inicial. La exploración del fondo de ojo y el electrocardiograma anuales se realizaron en el 53 y 60%, respectivamente.

Al 87% de los pacientes les era controlado peso y glucemia en consultas de enfermería, habiendo recibido consejo sobre la adhesión al tratamiento un 83%, y el 88% de los pacientes seguía un plan terapéutico previamente trazado.

Consideramos aceptable el grado de control de las cifras glucémicas de los pacientes, teniendo en cuenta el escaso período de tiempo desde la implantación de nuestro protocolo (2 años). Respecto al cumplimiento de dicho protocolo de seguimiento de los pacientes diabéticos, encontramos buen grado de información acerca de los antecedentes de los pacientes; existe una discreta diferencia entre la medición de peso, talla, TA, auscultación cardiorrespiratoria y toma de pulsos periféricos, respecto a la exploración de los reflejos osteotendinosos, pruebas de sensibilidad y examen de los pies (26%) a favor de los primeros. Respecto a la petición de analíticas en estos pacientes, encontramos interesante el menor número de controles semestrales, respecto a los anuales. Nuestro grado de realización de electrocardiogramas y fondos de ojo es sensiblemente menor al esperado⁴, un dato a revisar y valorar por los miembros del equipo, con el fin de mejorar nuestro programa de diabéticos. Aun así, las mediciones de parámetros glucémicos, así como el haber recibido consejos sobre dieta, ejercicio y hábitos tóxicos y el grado de adhesión al plan terapéutico son más que aceptables en nuestro centro, lo cual consideramos básico para un buen manejo de estos pacientes. Podemos concluir afirmando que el cumplimiento del protocolo es defici-

tario en cuanto a la práctica de parte de la exploración y a la realización de un ECG y del fondo de ojo, pero aceptable en cuanto al grado de control de las cifras glucémicas de nuestros pacientes.

Nos proponemos continuar el seguimiento durante un año más para incrementar el número de participantes en el estudio y establecer unos criterios de control de cifras glucémicas menores de acuerdo con los nuevos postulados ADA 98, para así evitar riesgo de ictus, cardiopatía y resto de angiopatía con un importante grado de morbimortalidad implicada.

N. García Lafuente, P. Sánchez Castro, M. Medrano López y C. Núñez Jorge

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento. Alicante.

1. Fernández Fernández I, Franch Nadal J, Martín Manzano JL, Navarro Pérez J, Orozco Beltrán D, Vázquez Garijo P. Programas básicos de salud: DM. Madrid: semFTC, 1998; 30-36.
2. Ayuso R, Paternain MM, González de San Román G. Control de calidad de la atención prestada a los diabéticos en un centro de salud. Revista de Calidad Asistencial 1994; 9 (4): 208-212.
3. Lebovitz HE. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Barcelona: American Diabetes Association: programa clínico educacional, 1998; 87-95.
4. Costa B, Olesti M, Boque N, Carrasco R, Álamo C, Pérez C. Evaluación a medio plazo de un programa provincial de diabetes. Aten Primaria 1990; 7 (7): 492-497.

Mioquimia orbicular y sulfato de glucosamina

Efectos secundarios; Mioquimia orbicular; Sulfato glucosamina.

Sr. Director: Las mioquimias (miofibrilaciones o fasciculaciones musculares) son ondulaciones persistentes en los músculos, debido a la contracción arrítmica de una o varias células musculares, produciendo un movimiento apenas perceptible a simple vista (las fibrilaciones sólo son perceptibles en el electromiograma). Aparte de su presentación en patología crónica de la neurona motora periférica y radiculopatías, las que se localizan en el músculo orbicular de los ojos son atribuidas en general a estrés y falta de sueño, por lo que a menudo son infravaloradas como sintomatología colateral. Cuando es persistente, a pesar del sueño reparador, producen disestesias que obligan al paciente a frotarse la piel suprayacente frecuentemente.

El sulfato de glucosamina es una sustancia empleada recientemente por vía oral en el tratamiento de la artrosis. Estudios *in vivo* muestran que estimula la biosíntesis de los proteoglicanos del condrocito¹, sugiriendo así un enlentecimiento de la enfermedad artrosica. Así mismo, inhibe algunas enzimas destructoras del cartílago, tales como colagenasas y fosfolipasas A₂.

Caso clínico

Varón de 43 años, sin antecedentes patológicos de interés, deportista, que refiere haber tomado 2 sobres de Xicil® a causa de dolor en una rodilla atribuible a posible condromalacia rotuliana, comenzando con mioquimias en fascículos inferiores del orbicular derecho tras la segunda dosis y, tras suspender el medicamento, observó su persistencia durante unos 14 días, cesando después espontáneamente. Un oftalmólogo le informó de la relación de di-

cha patología con el estrés, por lo que evitó excitantes y durmió algo más. A los 10 días, reanuda la toma del producto y observa la reaparición de la mioquimia en el mismo lugar, siendo tratado esta vez por su médico con carbamacepina, 200 mg/12 h, cediendo totalmente tras 24 horas y no reapareciendo en las semanas siguientes.

El sulfato de glucosamina es un producto bien tolerado, siendo los efectos adversos más frecuentemente notificados por tarjeta amarilla los siguientes: diarrea, epigastralgia, meteorismo, erupción cutánea, prurito ycefalea². No se ha encontrado publicado ni notificado caso alguno de mioclonías, contracturas musculares ni mioquimias, aunque un estudio reciente³ concluye que los datos son insuficientes. Creemos que existe relación causa-efecto razonable en este caso y consideramos que para su detección por otros profesionales (el médico de atención primaria es el gran dispensador de fármacos del sistema sanitario) se precisan observaciones como ésta y en un foro como el que representa su prestigiosa revista. Así mismo animamos a realizar las declaraciones de los efectos secundarios, aunque parezcan ajenos a la medicación, a sus respectivos centros de farmacovigilancia, ya que los ensayos clínicos no siempre reflejan por completo la colateralidad de las sustancias investigadas.

L.A. Cobos e I. Ayani

Centro de Salud de Santurtzi-Cabieces y Centro de Farmacovigilancia del País Vasco. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

1. Adams ME. Hype about glucosamine. Lancet 1999; 354: 353-354.
2. Da Camara CC. Glucosamine sulfate for osteoarthritis. Ann Pharmacother 1998; 32: 580-587.
3. Barclay TS. Glucosamine. Ann Pharmacother 1998; 32: 574-579.