



Figura 1. Incidencia de la gripe según los meses.

enfermos crónicos con patología cardíaca, renal respiratoria y tumoral. Para evitar toda esta problemática, el sistema preventivo más eficaz encontrado hasta el momento actual es la vacunación antigripal.

Presentamos un estudio prospectivo de tipo longitudinal, realizado a lo largo de un año con una metodología claramente de observación, con los objetivos de lograr una cobertura vacunal elevada, estimar la incidencia mensual de la gripe durante el período de estudio, relacionándolo con el número de vacunas administradas y detectar y reconocer precozmente la epidemia.

La población del estudio está formada por 576 residentes que permanecen ingresados en el Complejo Hospitalario San Luis (Palencia) durante todo el período de estudio, que abarca desde el 1 de noviembre de 1998 al 31 de octubre de 1999. La media de edad de la población es de 64,5 años, siendo mujeres en un alto porcentaje.

Como criterio de vacunación, seguimos las recomendaciones del Subprograma de Control de la Gripe de la Junta de Castilla y León de la temporada 1998-1999.

La recogida de datos se realiza mensualmente con una planilla confeccionada para tal fin por enfermería. La incidencia de la gripe en la población objeto de estudio fue del 10,41%, con 60 casos totales repartidos desigualmente a lo largo del año. Las tasas más elevadas de incidencia se registraron en los meses de enero y febrero, siendo del 31,6% y 56,6%, respectivamente (fig. 1).

De los 576 residentes se vacunó a 562, quedando sin vacunar 12 pacientes por criterio facultativo y 2 por negativa del propio paciente, con lo que se consiguió una cobertura vacunal del 97,5%

De los 562 residentes vacunados, 55 padecieron gripe y 507 no la tuvieron, por lo que se obtuvo una eficacia vacunal del 92,2%

De los 14 residentes no vacunados 5 presentaron gripe y 9 no la contrajeron.

De los pacientes vacunados, solamente un 9,8% tuvo la enfermedad, mientras que de los no vacunados la presentaron un 35,7%

El 83,6% de la población que contrajo la gripe correspondía a mayores de 60 años.

A tenor de los resultados obtenidos podemos concluir diciendo:

- La vacunación antigripal es el único método eficaz para la prevención primaria de la gripe, ya que actúa sobre la fuente de infección.

- Con una cobertura vacunal elevada, se consigue así mismo una eficacia vacunal alta (en nuestro caso el 90,2%)

- Sería conveniente extremar otras medidas de prevención actuando sobre los mecanismos de transmisión, especialmente en los meses de mayor incidencia de la enfermedad.

- Las personas mayores con patologías asociadas se convierten en la mayoría de los casos en un grupo de riesgo importante para el desarrollo de la enfermedad.

- La protección que supone la vacuna para las personas inmunizadas puede ser útil para prevenir la enfer-

medad en aquellos que no estén vacunados, dentro de colectivos, como es nuestro caso, en los que convivan un número elevado de personas.

M. Rodríguez Alonso, M. García Manso y E. Negro González

Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.

Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. Interamericana Mc Graw-Hill, 1996.

Gestal Otero JJ. Infecciones respiratorias agudas: gripe. Barcelona: Salvat, 1988.

Gordon Douglas R. Prophylaxis and treatment of influenza. N Engl J Med

Junta de Castilla y León. Subprograma de Prevención de la Gripe, temporada 1998-1999.

Médicos de familia y continuidad de cuidados

Continuidad; Cuidados; Médico familia.

Sr. Director: Después de 3 años de residencia en la especialidad de medicina de familia y 12 años de práctica profesional, observo con tristeza que el modelo de práctica profesional en muchos centros de salud imita en demasiados aspectos al del ámbito hospitalario. Además de la separación (con sus oportunos coordinadores, por supuesto) entre médicos y enfermería, se dispensan muchas actividades programadas siguiendo un modelo hospitalario. El Dr. Rodríguez se ocupa de planificación familiar y el Dr. López del programa de embarazo, por poner un ejemplo, creándose *especialistas* dentro de los propios equipos en aras de una supuesta mayor eficiencia, ¿Dónde se encuentra la continuidad de los cuidados por parte del mismo profesional? Tal vez sólo en los libros¹. Los residentes de familia rotan por los diversos programas, pero luego, cuando terminan, si tienen la suerte de encontrar trabajo, tendrán que hacer parte de su trabajo especializándose en algunas áreas, olvidándose durante años del resto. Tal filosofía lleva a que, incluso, la atención domiciliar se reparta según zonas geográficas o días de la semana. Todo menos que cada médico de familia realice sus avisos, como si esta actividad fuera un castigo. Incluso se argumenta que lo importante es que la atención domiciliar se lleve a cabo, que lo de menos es el médico que la realice.

La organización de las urgencias es otro tema inquietante. Se han creado consultas que se llaman de urgencias, pero que tienen contenidos similares a los de una consulta a demanda, a fin de que no se interrumpa la consulta normal de cada médico. ¿No sería mejor que cada médico atendiera a su población mientras está en consulta, incluidas esas supuestas urgencias? Creo que después de no muchos meses cada médico podría tener mejor educada a su población asignada si cada uno se responsabiliza de su trabajo. En nuestra opinión el actual sistema diluye responsabilidades. Todo esto se hace con el silencio cómplice de mucha gente, gestores también, por supuesto, que no parecen valorar suficientemente las preferencias de nuestros pacientes y usuarios. Lo dicho: la continuidad de cuidados, en los libros, y todos contentos.

D. Benítez Merelo

Médico de Familia del Centro de Salud de Montequinto, Dos Hermanas (Sevilla).

1. De la Revilla L. Trabajo en equipo. En: De la Revilla L, editor. La consulta del médico de familia. Madrid: Cea, 1992; 91-100.

Anamnesis farmacológica y reacciones adversas a medicamentos

Causalidad; Historia farmacológica; Reacciones adversas.

Sr. Director: Es bien conocido que los medicamentos pueden producir, además de efectos beneficiosos, también efectos adversos y que son los grandes simuladores de enfermedad¹. Sin embargo, es frecuente el retraso en el diagnóstico de las enfermedades producidas por fármacos, en unas ocasiones por no pensar que sean los responsables y en otras por falta de una anamnesis farmacológica adecuada. Presentamos un caso que ilustra este último hecho.

Varón de 27 años que durante 3 meses presentó un cuadro de nerviosismo, palpitaciones, sudación y náuseas que comenzaba a las 2 horas de levantarse, cedía algo a la hora de la comida, se reagudizaba 2 horas después y duraba hasta que el paciente se dormía tras la cena totalmente

TABLA 1. Algoritmo de causalidad de una reacción adversa a medicamento⁹

Secuencia de preguntas	Puntuación
Secuencia temporal	
Compatible	2
Compatible pero no coherente	1
No información	0
Incompatible	-1
RAM debida a la retirada del fármaco	-2
Conocimiento previo	
RAM bien conocida	2
Anecdótica	1
Desconocida	0
Información en contra de la relación	-1
Retirada	
Mejora al retirar el fármaco	2
No mejora al retirar el fármaco	-2
No retirada del fármaco y no mejora la RAM	1
No retirada del fármaco y mejora la RAM	-2
No información	0
No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM	0
Mejora la RAM (se sospecha tolerancia al fármaco)	1
Reexposición	
Positiva: la RAM reaparece	3
Negativa	-1
No información	0
No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM	0
Causas alternativas que justifiquen la RAM	
Evidencias importantes	-3
Evidencias débiles	-1
No información	0
No causa alternativa	1

Las categorías de imputabilidad son: improbable (≤ 0), condicional (1-3), posible (4-5), probable (6-7) y definida (≥ 8).

agotado. Este cuadro motivó múltiples visitas a su médico de cabecera que objetivó un cuadro vegetativo acompañado de nerviosismo y donde se determinaron varias glucemias digitales normales. El resto de exploración física realizada en todas las visitas y la analítica (hemograma, bioquímica y fórmula leucocitaria) realizada en dos ocasiones fueron normales. Su médico de cabecera remitió al paciente a consultas externas de medicina interna; durante la anamnesis se le preguntó por la toma de medicamentos que el paciente negó. Al preguntarle específicamente por la toma de vitaminas o hierbas medicinales, refirió que, por recomendación del monitor del gimnasio al que acudía habitualmente, desde hacía 3 meses tomaba por vía oral un comprimido de Pharmaton complex®

(extracto de ginseng G115 estandarizado, 40 mg) en el desayuno y otro en la comida. La retirada de este medicamento hizo desaparecer de forma inmediata la clínica que presentaba y el paciente permanece asintomático 2 meses después.

Sobre reacciones adversas a medicamentos (RAM) podemos encontrar en la bibliografía casos semejantes en los que la relación de causalidad entre la toma del medicamento y la presentación de la RAM se ha retrasado por falta de una adecuada anamnesis farmacológica: a) urticaria aguda que presentó una mujer de 34 años relacionada con la toma de ranitidina para una dispepsia, y cuyo diagnóstico se realizó tras el tercer episodio²; b) estomatitis recidivante con dolor y dificultad para la deglución en una mujer de 24 años