

un 93% (intervalo de confianza del 95%: del 87 al 99%), con resultados similares a los encontrados en otros estudios que llevó a cabo personal no radiólogo<sup>1-4</sup>.

El tiempo medio de espera fue de 2,3 días.

El valor de la ecografía como prueba diagnóstica está claro, y cabe dilucidar si el médico de familia puede llegar a alcanzar un determinado estándar de calidad que asegure la fiabilidad de sus resultados. Hay pocas publicaciones sobre la capacidad de realización de ecografías abdominales y concordancia en médicos de familia<sup>3,4</sup>, pero sí hay trabajos sobre el tema en diversos colectivos de «no radiólogos» como cirujanos<sup>1</sup>, médicos de urgencias<sup>2,5</sup> e incluso residentes<sup>5</sup>, con resultados muy similares. También a través de comunicaciones a congresos<sup>4,6</sup> y por la actividad de grupos de trabajo específicos de ecografía en atención primaria hay experiencias muy sólidas y de larga duración.

Como dato negativo, estaría el tiempo que ha invertido ese profesional en su formación y en la realización de las pruebas, que puede llegar a las 2 horas semanales.

El dilema fundamental no es si «seremos capaces de hacer las ecografías como los radiólogos», sino si el ecógrafo «puede llegar a ser una herramienta útil en el centro de salud».

## Bibliografía

1. Ahmad S, Zafar A. Accuracy of surgeon-performed abdominal ultrasound for gallstones. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2005; 17:70-1.

2. Durston W, Carl ML. Patient satisfaction and diagnostic accuracy with ultrasound by emergency physicians. *Am J Emerg Med*. 2001;19:260-9.
3. Rosenthal TC, Siepel T. The use of ultrasonography to scan the abdomen of patients presenting for routine physical examinations. *J Fam Pract*. 1994;38:380-5.
4. González Hidalgo E. Estudio de concordancia diagnóstica entre ecografías realizadas en atención primaria y especializada. Comunicación en el 6.º Wonca World Rural Conference, Santiago de Compostela, 2003, Book of abstracts.
5. Gaspari RJ, Dickman E. Learning curve of bedside ultrasound of the Gallbladder. *J Emerg Med* 2008 (En prensa).
6. Devesa Muñoz RM. Ecografía en Medicina General. Ponencia en el 6.º Wonca World Rural Conference, Santiago de Compostela, 2003, Book of abstracts.

Luis García Burriel<sup>a,\*</sup>, Alba Berjón Chamorro<sup>a</sup>, Juan Luis Burón Llamazares<sup>b</sup>, Consuelo Onrubia Baticón<sup>c</sup> y Ana Nuñez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Santa María del Páramo, Santa María del Páramo, León, España

<sup>b</sup>Gerencia de Atención Primaria, León, España

<sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de José Aguado, León, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luisgburriel@telefonica.net](mailto:luisgburriel@telefonica.net) (L. García Burriel).

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.012

## ¿Es necesaria la monitorización domiciliar de glucosa en los pacientes diabéticos?

### Is self-monitoring of blood glucose necessary for glycaemic control in diabetic patients?

Sr. Director:

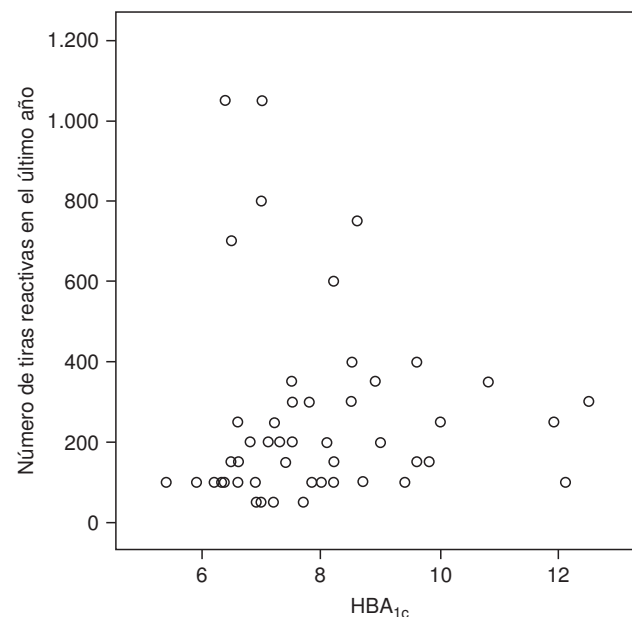
La monitorización domiciliar de la glucosa es una técnica utilizada como herramienta para mejorar el tratamiento de los diabéticos y poder ofrecerles más independencia a la hora de controlar sus propios valores de glucosa. Para evaluar la efectividad del tratamiento, se mide la hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>) cada 3 meses. Los no diabéticos tienen una HbA<sub>1c</sub> inferior al 6%, y el objetivo del tratamiento de los diabéticos es acercar los resultados de la HbA<sub>1c</sub> lo máximo posible a esta cifra.

Recientemente, se ha publicado un estudio que ha cuestionado la efectividad de la monitorización domiciliar de la glucosa. Este estudio, llevado a cabo en Oxford, ha demostrado que los pacientes que medían sus propios valores de glucosa en domicilio no tenían mejores controles de sus valores generales de glucosa<sup>1,2</sup>.

El objetivo de nuestro estudio es investigar la controversia sobre si la monitorización de la glucosa de los pacientes diabéticos es útil o no.

De forma aleatorizada, hemos revisado las historias clínicas de 51 pacientes diabéticos tratados en un centro

de atención primaria con antidiabéticos orales, insulina o ambos. Se han comparado las cifras de HbA<sub>1c</sub> que han tenido estos pacientes en el último año con el número de



**Figura 1** Correlación entre el consumo de tiras reactivas de glucosa y el control de la glucosa a través de los valores de la hemoglobina glucosilada.

tiras reactivas utilizadas para la monitorización de la glucosa en domicilio.

El mayor porcentaje de los pacientes incluidos en nuestro estudio (62,7%) se presentó en mujeres, y la edad media fue de  $67,1 \pm 10,4$  años (rango de 46 a 88). De los 51 pacientes, 36 (70,6%) se trataban con antidiabéticos orales, 5 (9,8%) se trataban con insulina y 10 (19,6%) se trataban con ambos antidiabéticos orales e insulina. No se ha encontrado ninguna correlación entre los valores de las HbA1C y el número de tiras reactivas utilizadas para la monitorización de la glucosa en domicilio ( $r: 0,003$ ; valor de  $p = 0,99$ ) (fig. 1).

Posteriormente, hemos comprobado la misma correlación entre los valores de las HbA1C y el número de tiras reactivas utilizadas para la monitorización domiciliar de la glucosa en los 36 diabéticos tipo II que se trataban con antidiabéticos orales. Se ha encontrado una correlación positiva, contradictoria del supuesto beneficio del uso de la tiras reactivas ( $R: 0,185$ ; valor de  $p = 0,28$ ).

Estos resultados coinciden con los resultados de otro estudio reciente llevado a cabo en el Distrito Sanitario Córdoba Sur. Este estudio piloto incluyó 20 pacientes con antidiabéticos orales que utilizan tiras reactivas para su control. Los resultados del estudio han demostrado una correlación positiva entre el consumo de tiras reactivas de glucosa y el control de la glucosa a través de los valores de la HbA1C. Esta correlación no fue estadísticamente significativa<sup>3</sup>.

Nuestros resultados demuestran que la monitorización domiciliar de la glucosa en los pacientes diabéticos no es nada útil. Son precisos futuros estudios de investigación con tamaño muestral grande para confirmar estos resultados.

doi:10.1016/j.aprim.2009.12.012

## Bibliografía

1. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: Open parallel group randomised trial. *BMJ*. 2007;335:132.
2. Waldron-Lynch F, Dinneen S. Self-monitoring of blood glucose did not improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes not treated with insulin. *Evid Based Med*. 2008; 13:7.
3. Moyano MC, Allam MF, Fernández MF, Cobo JR, Montoya JB. Monitorización de la glucosa en domicilio y control de diabetes. VII Jornadas de Primavera de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Cádiz 18 de Mayo de 2008.

Pilar Bartolomé Duran<sup>a</sup>, Mohamed Farouk Allam<sup>b,\*</sup>  
y M<sup>a</sup> Dolores Corpas Moyano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Santa Rosa, Distrito Sanitario Córdoba, Córdoba, España

<sup>b</sup>Unidad de Epidemiología, Investigación y Programas de Salud, Sección de Salud Pública del Distrito Sanitario Córdoba Sur, Lucena, Córdoba, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

mohamed.farouk.sspa@juntadeandalucia.es  
(M. Farouk Allam).

## Utilización de antibióticos en infecciones respiratorias agudas en atención primaria

### Antibiotic use in acute respiratory infections in Primary Care

Sr. Director:

Con el objetivo de determinar si la asistencia a una sola sesión clínica en la que se presentan las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre utilización de antibióticos (Atb) en infecciones respiratorias agudas de vías superiores (IRAVS) es útil para cambiar los hábitos prescriptores, se realizó un estudio de intervención con evaluación de resultados antes y después sobre el personal médico de un centro de salud (7 médicos de familia y 5 residentes).

La intervención consistió en una sesión clínica, en la que se mostraron los resultados de la evaluación del hábito de prescripción individualizado para cada uno de los facultativos durante el mes anterior, y se expuso y se entregó un documento resumen de las guías de práctica clínica sobre indicaciones de Atb en los cuadros de IRAVS. Previamente, se pidió que cumplimentaran un cuestionario sobre casos clínicos de IRAVS.

Los diagnósticos incluidos fueron nasofaringitis aguda (código 460 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades [CIE] 9), amigdalitis aguda (código 463 de la

CIE9), otitis media aguda (código 381 de la CIE9), sinusitis aguda (código 461 de la CIE9), faringitis aguda (código 462 de la CIE9), laringotraqueítis aguda (código 464 de la CIE9) y bronquitis aguda (código 466 de la CIE9).

Se evaluó la utilización de Atb en los cuadros de IRAVS un mes antes y un mes después de la intervención. Se calculó el tamaño de la muestra necesario para obtener un cambio en ésta del 10%: se incluyeron 386 casos en el grupo anterior a la intervención y 408 en el grupo postintervención, que eran comparables en edad, sexo y distribución de diagnósticos. En la tabla 1 se muestran los resultados.

La indicación de Atb se ha reducido del 36,3% de los casos al 23,5%, sin variar el número de fármacos no Atb indicados ni aumentar la indicación de Atb en las consultas ulteriores. El número de consultas adicionales necesarias para resolver el proceso aumentó de 0,23 a 0,34.

Antes de la intervención, la tasa de utilización de Atb era del 36,3%, cifra que no parece muy elevada si tenemos en cuenta otros estudios. En un estudio polaco realizado en el ámbito de atención primaria<sup>1</sup> se indicaron Atb en el 61,1% de los casos, pero el diagnóstico se orientaba a enfermedades de causa bacteriana. En estudios realizados en atención primaria con criterios de inclusión parecidos a los de este estudio, se indicaron Atb en entre el 56<sup>2</sup> y el 63%<sup>3</sup> de los casos. Se estima que casi el 50% de estas prescripciones podrían no ajustarse a las recomendaciones de la guías<sup>4</sup>. En un estudio norteamericano, los médicos de familia indicaban tratamiento Atb en el 44,5% de los casos de IRAVS, el doble de lo previsto en las guías<sup>5</sup>.