

poco existe registro de espirometría al diagnóstico de EPOC en un 45,7%.

Del total de pacientes diagnosticados en 2007, no constaba ningún registro de NTM al año del diagnóstico en un 77,8%. A los 2 años, el porcentaje de pacientes sin registro era del 40,7%. (En la [figura 1](#) se expone el registro de las NTM en los pacientes en los que se había realizado alguna valoración al año y a los 2 años del diagnóstico).

Entre la comorbilidad asociada, presentan enfermedad cardiovascular un 65,7%, enfermedad psiquiátrica el 25,7%, diabetes mellitus el 17,1%, osteoporosis el 5,7%, otras enfermedades respiratorias el 5,7% y neoplasias el 5,7%.

La EPOC es una enfermedad crónica de elevada importancia para el paciente y el sistema de salud. Desde atención primaria el manejo de esta enfermedad se realiza mediante el cumplimiento de la cartera de servicios. En este trabajo se describen las deficiencias en dicho cumplimiento.

Reflexionando sobre los resultados de tan escaso cumplimiento de las NTM de la EPOC obtenidos en nuestro estudio, puede deberse a factores relacionados con los profesionales: sobrecarga asistencial por falta de tiempo para registrar nuestra labor asistencial, escasa cumplimentación del protocolo de EPOC en comparación con otras enfermedades cró-

nicas. Pero también puede deberse a factores relacionados con el paciente: baja conciencia de enfermedad, especialmente en estadios iniciales, otras comorbilidades asociadas más predominantes, situaciones que dificultan el seguimiento del paciente (como el deterioro cognitivo y situaciones de dependencia).

Bibliografía

1. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007.

Silvia Dorado Rabaneda*, Ana Sosa Alonso
y Paula Recio Díaz

Centro de Salud Las Ciudades, Área 10 de la Comunidad de Madrid, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia_dorado_r@hotmail.com
(S. Dorado Rabaneda).

doi:[10.1016/j.aprim.2010.12.014](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.014)

Enfermedad de Chagas importada: una alarma en Europa. . . en su justa medida

Imported Chagas disease: alarm in Europe. . . as it should be

Sr. Director:

La globalización ha potenciado los movimientos migratorios y la expansión de determinadas enfermedades endémicas de algunos países. Esto ocurre con la Enfermedad de Chagas, desconocida hasta hace poco fuera del continente sudamericano.

Aunque el mecanismo de transmisión es básicamente vectorial, en España adquiere relevancia por la transmisión vertical y por la posibilidad de transmisión transfusional/trasplantes, lo cual puede representar un problema de salud pública¹. Según datos del Instituto nacional de Estadística, hay 5,2 millones de extranjeros empadronados en España, de los cuales el 32% proceden de Latinoamérica².

La enfermedad tiene una fase aguda (en el 50% asintomática) y una fase crónica (en el 45% asintomática, en el 30% afectación cardíaca, en el 10% afectación digestiva, en el 10% mixta y en el 5% neurológica). La fase asintomática se puede reactivar ante un periodo de inmunodepresión³. En Latinoamérica afectaba principalmente a áreas rurales, pero el fenómeno de la urbanización creciente lo ha hecho más universal.

El objetivo del trabajo es describir la prevalencia de la infección en la población procedente de Latinoamérica en el Centro de Atención Primaria Santa Rosa de Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), de ámbito urbano, que da cobertura a 20.000 personas, y valorar los resultados del cribado y tratamiento.

Se han incluido 71 personas mayores de 18 años, procedentes de Latinoamérica en los últimos 5 años, que durante el periodo de mayo a octubre de 2009 acudieron al centro por cualquier motivo de consulta e independientemente de antecedentes de contacto con el vector. El 70% (50) provenían de área urbana y el 30% (21) de área rural. Se les realizó un análisis con serología de *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) a todos ellos.

La distribución por país de origen y los resultados de la serología aparecen en la [tabla 1](#). La serología fue positiva en 13 personas (18%). Al comparar la procedencia por ámbito rural o urbano de los pacientes con serología positiva respecto a los que la presentaron negativa, se observa que la mayoría de los positivos son de ámbito rural y que las diferencias son estadísticamente significativas (test exacto de Fisher; $p=0,0012$) ([tabla 2](#)).

La evolución de los 13 pacientes positivos fue la siguiente:

Tabla 1 País de origen de las personas estudiadas

País de origen	n (%)	Serología positiva (n)
Bolivia	20 (28,2)	8
Ecuador	19 (26,7)	1
Perú	9 (12,7)	-
Colombia	7 (9,8)	-
Brasil	7 (9,8)	-
Honduras	4 (5,6)	1
República Dominicana	3 (4,2)	2
Paraguay	1 (1,4)	-
El Salvador	1 (1,4)	1

Tabla 2 Comparación de la serología por ámbito de procedencia

	Serología <i>T. cruzi</i> (+)	Serología <i>T. cruzi</i> (–)
Rural	9 (69,2%)	12 (20,7%)
Urbano	4 (30,8%)	46 (79,3%)

- 5 pacientes se pierden, ya que no se pueden localizar y no realizan la prueba de confirmación.
- 4 se negativizan en la prueba de confirmación.
- A uno se le realiza enema opaco, tránsito esófago-gastroduodenal, electrocardiograma y ecocardiograma con resultado dentro de la normalidad, y realiza tratamiento con benznidazol 5 mg/kg/día durante 60 días.
- Un caso, también con resultados normales en las pruebas complementarias, inicia tratamiento con benznidazol, pero se interrumpe a los 50 días por exantema universal severo.
- 2 retrasaron las pruebas por motivos laborales, y están pendientes de los resultados.

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas requiere una prueba serológica ELISA, y en caso positivo la confirmación con una segunda técnica que utilice un antígeno distinto al del cribado⁴. Así el cribado es una práctica compleja que consume elevados recursos económicos y provoca inconvenientes a los pacientes con falsos positivos.

El tratamiento es largo y no está exento de efectos secundarios⁵ como exantemas severos, polineuritis o agranulocitosis, entre otros. A veces la situación socioeconómica de la población (normalmente en proceso migratorio) impide un seguimiento correcto.

En nuestra experiencia, solo uno de los casos positivos ha logrado un tratamiento y seguimiento correctos. El resto presentan falsos positivos, efectos secundarios o problemas

de seguimiento por condiciones sociolaborales. Según estos resultados, quizás, lo más adecuado sería realizar un cribado de la enfermedad de Chagas a las personas de Latinoamérica asintomáticas que estén embarazadas, inmunodeprimidas o sean donantes de sangre/órganos, como algunos autores recomiendan⁶ y no un cribado universal.

Bibliografía

1. Aguilar-Shea AL, Coletto-Lovera DN, Lopez-Garcia E. Enfermedad de Chagas en España. *Semergen*. 2008;34:465–6.
2. Instituto Nacional de Estadística. Avance del padrón municipal a 14 de enero de 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np503.pdf>.
3. Saldaña I, Hernández V, Cubero P. Enfermedad de Chagas: abordaje de una afección emergente en nuestro país. *FMC*. 2009;16:68–76.
4. Flores-Chávez M, Cruz I, Rodríguez M, Nieto J, Franco E, Garate T, et al. Comparación de técnicas serológicas convencionales y no convencionales para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas importada en España. *Enf Infec Microbiol Clin*. 2010;28:284–93.
5. Carranza-Rodríguez C, Mateos-Rodríguez F, Muro A, Pérez-Avellano JL. Tratamiento antiparasitario. *Medicine*. 2010;10:3664–72.
6. Gascón J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:230–5.

Ainhoa Irueta Isusi*, Mar Jarque Moyano, Patricia Redondo Ruiz y Vanesa Pérez Martín

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Santa Rosa, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabita1@gmail.com (A. Irueta Isusi).

doi:10.1016/j.aprim.2010.12.008

Osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos orales. Presentación de 3 casos

Osteonecrosis of the jaws secondary to oral bisphosphonates. A presentation of 3 cases

Sr. Director:

En el número 42, volumen 10, de su Revista, Bolívar Puigoriol et al¹ publican 3 casos de osteonecrosis de los maxilares asociados al uso de bisfosfonatos (BF) intravenosos para tratamiento oncológico, concretamente zoledronato. Pero los BF también son ampliamente utilizados para el tratamiento de la osteoporosis, principalmente por vía oral. En 2009 ya publicamos algún caso de osteonecrosis de los maxilares relacionado con el consumo oral de BF para tratamiento de la osteoporosis². Ahora presentamos una miniserie de 3 casos de osteonecrosis de los maxilares asociada a la administra-

ción oral de BF, con el fin de hacer notar que la osteonecrosis no es exclusiva de los BF intravenosos.

Caso 1. Mujer de 61 años. Diagnosticada en 2007 de osteoporosis, desde junio de ese año empezó a tomar risedronato semanal, en febrero de 2009 cambió a ácido ibandronico mensual. En noviembre de 2009 es visitada en la Sección de Salud Bucodental porque desde hace 2 meses nota molestias en la zona del segundo molar mandibular derecho, que le habían extraído 5 meses antes, siendo portadora de una prótesis removible. Aun descansando de la prótesis no mejoraba. Se observaban diversas zonas de hueso expuesto. En la ortopantomografía se apreciaba la esclerosis marcada de los bordes del alvéolo de la extracción realizada casi medio año antes. A los 3 meses, sin usar la prótesis, y con higiene local con clorhexidina, persistían las zonas de hueso expuesto, pero parecía que estaban disminuyendo.

Caso 2. Mujer de 66 años. En 2003, a raíz de la menopausia, comenzó a tomar ácido alendronico semanal. En septiembre de 2009 acude a consulta en la Sección de Salud Bucodental por una úlcera dolorosa en una zona edéntula del