

seguimiento. No obstante, se debe de realizar un seguimiento al paciente, ya que el diagnóstico diferencial con la esclerosis múltiple entraña especial dificultad, sobre todo en niños mayores y en los casos recidivantes¹⁰. Consideramos que la investigación del VHH-6 se debería de incluir en el estudio de las infecciones virales neurológicas en niños, para conocer la etiología de estos cuadros clínicos y su evolución y, si es necesario, instaurar tratamiento antiviral con ganciclovir que, aunque se desconoce la repercusión clínica del mismo, podría favorecer una recuperación precoz o evitar secuelas^{8,9}.

Bibliografía

1. Ryan MM, Engle EC. Topical review: Acute ataxia in childhood. *J Child Neurol.* 2003;18:309–16.
2. Kato Z, Kozawa R, Teramoto T, Hashimoto K, Shinoda S, Kondo N. Acute cerebellitis in primary human herpesvirus-6 infection. *Eur J Pediatr.* 2003;162:801–3.
3. Mannonen L, Herrgard E, Valmari P, Rautiainen P, Uotila K, Aine MR, et al. Primary human herpesvirus-6 infection in the central nervous system can cause severe disease. *Pediatr Neurol.* 2007;37:186–91.
4. Hata A, Fujita M, Morishima T, Kumakura A, Hata D. Acute cerebellar associated with primary human herpesvirus-6 infection: A report of two cases. *J Pediatr Child Health.* 2008;44:599–609.
5. Steiner I, Budka H, Chaudhuri A, Koskineniemi M, Sainio K, Salonen O, et al. Viral meningoencephalitis: A review of diagnostic methods and guidelines for management. *Eur J Neurol.* 2010;17:999–1057.
6. Denes E, Magy L, Pradeau K, Alain S, Weinbreck P, Ranger-Rogez S. Successful treatment of human herpesvirus 6 encephalomyelitis in immunocompetent patient. *Emerg Infect Dis.* 2004;10:729–31.
7. Madrid A, Ramos JM, Calvo R, Martínez J. Encefalomyelitis aguda diseminada: análisis epidemiológico, clínico, analítico y evolutivo en 16 pacientes. *An Pediatr (Barc).* 2014;80:165–72.
8. Crawford JR, Kadam N, Santi MR, Mariani B, Lavenstein BL. Human herpesvirus 6 rhombencephalitis in immunocompetent children. *J Child Neurol.* 2007;22:1260–8.
9. Olli-Lähdesmäki T, Haataja L, Parkkola R, Waris M, Bleyzac N, Ruuskanen O. High-dose ganciclovir in HHV-6 encephalitis of an immunocompetent child. *Pediatr Neurol.* 2010;43:53–6.
10. Tomás-Vila M, Menor F, Otero-Reigada MC, Pérez-Tamarit A, Téllez de Meneses M, Pitarch-Castellanos I. Clínico-radiological profile of acute disseminated encephalomyelitis in the childhood population. A retrospective analysis of a series of 20 patients in a tertiary hospital. *Rev Neurol.* 2014;58:11–9.

Raúl Gilarranz Luengo^a, Francisco Javier Chamizo López^a,
Elena Colino Gil^b y María José Pena López^{a,*}

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpenlod@gobiernodecanarias.org
(M.J. Pena López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.11.003>

Mejorando el consumo de antimicrobianos con sumo cuidado de las condiciones asistenciales



Improving the use of antimicrobials with close quality control of healthcare conditions

Sr. Editor:

Me ha gustado el reciente editorial de nuestro colega el Dr. Carles Llor¹ por su faceta investigadora, al igual como becado internacional que se identifica como médico de familia. Ello junto a su reciente publicación facilita y favorece la visión de calidad del médico de familia; algo muy de merecer en base a las valoraciones que los nuevos licenciados hacen de nuestra especialidad con sus predilecciones en el MIR².

Pero desearía realizar una serie de comentarios y puntualizaciones al contenido de su editorial, que desde nuestra especialidad y tipo de ejercicio profesional se debería de tener en cuenta a la hora de una correcta valoración en el vigente uso de los antimicrobianos.

En su artículo se señala la necesidad en la mejora de la comunicación con el paciente, de lo cual disiento. Creo estamos perfectamente formados y volcados en la comunicación con nuestro paciente, pero las condiciones asistenciales en nuestra sanidad pública nacional de primaria no son las ideales, especialmente en el medio urbano, que es el más habitual. En muchas de nuestras consultas (como es mi caso) se nos citan los pacientes cada 5 min de forma teórica, insertando por medio a estos todas las urgencias que lleguen al centro de tu cupo asistencial, con lo que esos 5 min son menos de la mitad en buena parte de los tramos asistenciales. Algo que difiere bastante de los 9,1 min que se tarda en la realidad en atender de media a un paciente en otras zonas³.

La mal denominada por la administración sanitaria andaluza como «demora cero» (asistencia en el momento a todo paciente que así lo solicite) favorece el mal uso sanitario de la primaria y relega la calidad asistencial tras la priorización del capricho y falta de

programación de muchos abusadores de nuestro buen sistema sanitario⁴. En estas condiciones de «consulta de alta velocidad», se tarda menos en prescribir un antimicrobiano que explicar a un paciente que su proceso es banal o no candidato a este tipo de terapia. Creo es un elemento muy crucial a tener en cuenta, además que con la cronificación de estas condiciones laborales se nos llegará a olvidar como hacer una anamnesis buena si se dispusiera de tiempo algún día. A ello añadir la mala formación de los residentes por las condiciones asistenciales que a ellos también les «toca» sufrir: su tutor no tiene las condiciones precisas y su formación no será precisamente la que debería. Mal nos va, y mal nos irá en el futuro. . .

Me permito recordar que en base a recientes datos, uno de cada 3 médicos de familia⁵ superan las 1.500 pacientes en su cupo y que la media de edad y número de procesos crónicos por cada paciente es superior con el paso de los tiempos, con lo que la carga asistencial es superior por día que pasa. Si a ello le añadimos que casi la mitad de la consultas se las tipifica como «carentes de sentido»⁶, nos podemos hacer una idea del contexto en el que nos movemos.

Si nos circunscribimos tan solo a lo que consumo de antibióticos se refiere, y manejando los datos a los que puedo acceder como son los de mi centro y distrito sanitario, llama la atención ver como en mi centro de los 17 médicos tenemos tasas tan dispares que van desde los 10,54 DHD (dosis/1.000 tarjetas/día) hasta los 25,13 según los datos que podemos obtener del seguimiento del objetivo de antibióticos del contrato programa del vigente año y con un consumo acumulado hasta julio del 2014. Si nos fijamos en las tasas de otros centros de salud de nuestra área sanitaria se va desde los 13,36 DHD hasta los 29,40 DHD. En base a ello se puede decir que la disparidad de datos es la característica en nuestra zona.

Pero si entramos algo más en detalle, podemos ver como en mi centro la tasa más baja corresponde precisamente al médico que menos pacientes tiene adscrito a su cupo asistencial (1.348) y la tasa mayor corresponde a un médico con un cupo de 1.530 pacientes, que está por debajo de la media de cupo medio en mi centro (1.542).

Sin entrar en estudios estadísticos más concienzudos, se podría adelantar que el cupo asistencial no parecer ser una variable muy influyente en la tasa de consumo. Se podría hablar de la gran variabilidad interindividual práctica de la actividad asistencial de los profesionales del centro, y podría ser una línea de investigación a tener en cuenta en mi centro y área sanitaria. Podrían ser variables a tener en cuenta la edad del profesional, la formación, la presión asistencial, la tasa frecuentación de su cupo asistencial, el perfil general de su paciente y la carga de enfermedad y dependencia de su cupo.

Bibliografía

1. Llor C. Can the use of antibiotics be improved in outpatients in Spain? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:409-11 [Article in Spanish].
2. Sánchez León Á. Los MIR dejan sin cubrir 267 plazas de Medicina de Familia. *DiarioMedico.com D Med* [Internet]. 2011 [consultado 14 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/04/20/area-profesional/profesion/mir-dejan-sin-cubrir-267-plazas-medicina-familia>
3. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2004;33:496-502.

4. Menchén del Cerro E. Demora cero en Atención Primaria. Ediciones El País [Internet]. Ediciones El País, 2003 [consultado 14 Sep 2014]. Disponible en: <http://elpais.com/diario/2003/04/10/andalucia/1049926928.850215.html>
5. Ibañez LG. Uno de cada tres médicos de Familia supera las 1.500 TIS, *DiarioMedico.com D Med* [Internet]. 2014 [consultado 14 Sep 2014]; Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2014/09/01/area-profesional/sanidad/uno-cada-tres-medicos-familia-supera-1500-tis>
6. Álvarez Montero S, López Rodríguez I, Gutiérrez Sordo P, Luaces Gayán A, Fernández Peña MA, de Prada Rodríguez MA. Bioethics of time management, does it make sense to do this in the clinic? *Aten Primaria* [Internet]. 2009;41:524-5 [Article in Spanish].

Manuel-Maria Ortega-Marlasca^{a,b}

^a Centro de Salud San Telmo, Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^b Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Correo electrónico: marlasca@makyyo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.10.006>

Cribado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria: aceptación por pacientes y médicos

Human immunodeficiency virus screening in primary care: Acceptance by physicians and patients

En España, la mitad de los pacientes infectados por el VIH son diagnosticados en fases avanzadas^{1,2}. Esto se denomina diagnóstico tardío (DT) ($CD4 < 350$ cél./mm³), e implica graves consecuencias para los enfermos y para la sociedad²⁻⁴. Durante años la infección por el VIH puede ser asintomática, y la realización del test es el único camino para un diagnóstico precoz (DP)⁵. Por todo ello se ha propugnado la normalización y el acercamiento del test a toda la población, especialmente a los segmentos más vulnerables⁵⁻⁹.

En 2010 nos propusimos evaluar una estrategia de promoción rutinaria del test por el VIH. Se diseñó un estudio de intervención comunitaria para conocer la aceptación del cribado por pacientes y facultativos (MAP) en Atención Primaria (AP), estimar su coste, describir las características epidemiológicas de los sujetos cribados, y compararlos con la población general (PG) y con la de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH de CyL de 2009 a 2012 (nVIH)¹⁰. La intervención consistió en un seminario sobre el DT en los 4 centros de salud (CS) de la ciudad, y a continuación se invitó a los MAP a completar el proyecto. Para ello, en su consulta seleccionarían a los pacientes de 18 a 75 años de edad a quienes fueran a solicitar analítica por cualquier otro motivo. Después les realizarían una encuesta (variables recogidas en la [tabla 1](#)) y les ofrecerían el test para el VIH si cumplen alguna de estas condiciones: serología por el VIH previa desconocida, serología negativa pero con factores de riesgo (FR) en los últimos 12 meses ([fig. 1](#)) y/o indicación clínica para petición del test por el VIH (situaciones de práctica clínica habitual en las que en ausencia de un programa de cribado su MAP solicitaría el test por el VIH, tales como embarazo, sospecha de primoinfección, enfermedades indicadoras de sida o de infección por el VIH, práctica de riesgo o petición del paciente). Se estimó un tamaño muestral de 1.600 pacientes (400 por el CS y 50 por cada MAP), lo que permitió estimar porcentajes del 50% (los más desfavorables) con una precisión del $\pm 3,5\%$, confianza del 95% y estimaciones de prevalencia teórica del 1,25% (intervalo de confianza [IC]: 0,15-4,51%). El análisis estadístico se realizó con SPSS® v.11.5.1 y Epidat® v.3.1. La serología por el VIH se determinó por el

método ECLIA (detección de antígeno y anticuerpos; precio mínimo 3,2 €). El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital y por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área.

Colaboraron 31 de los 37 MAP (83%; IC95%: 70,5-97%), cumplimentando 1.186 encuestas, válidas 1.083 (65,63% de las 1.650 solicitadas; 90 rechazadas por cribado injustificado y 13 por falta de datos) ([tabla 1](#)). El cribado previo al estudio había sido más común en jóvenes (media: 41,26 años, desviación estándar [DE]: 11,2, frente a 48,29 [DE: 16,60]; $p=0,002$) y en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y menor entre aquellos con FR sexuales (80% en UDVP frente a 25,9%; $p=0,001$). Si nos detenemos en los FR, se observó que los sexuales predominaban en varones ([tabla 1](#)) y en jóvenes (41,28 años [DE: 14,58] frente a 48,76 [DE: 15,49]; $p<0,001$). El 98% de los enfermos aceptó el cribado, siendo en todos el resultado negativo (IC95%: 0,000-0,340%; coste mínimo aproximado por cada paciente diagnosticado 941 €) ([tabla 1](#)). La distribución por edad y sexo de la PC fue similar a la de la PG, pero muy diferente de los nVIH (estos últimos más jóvenes y de predominio masculino) ([fig. 1](#)).

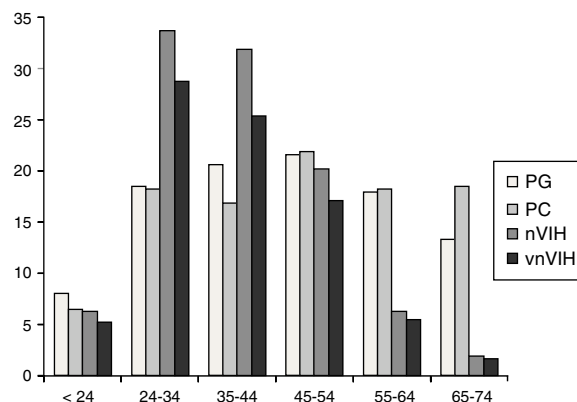


Figura 1. Distribución porcentual según estratos de edad (años) de la población general (PG) (padrón municipal; 48.399 personas), población cribada en el presente estudio (PC), nuevos diagnósticos de VIH en Castilla y León (CyL) (nVIH) (2009-2012) (560 pacientes) y varones con nuevo diagnóstico de VIH en CyL (vnVIH) (464 pacientes; 82,9% de los nVIH). En cuanto a edad y sexo se aprecia una distribución similar de la PG y PC, pero muy diferente de la de los nVIH (más jóvenes y de predominio masculino).