

Bibliografía

1. Delgado A, et al. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Aten Primaria*. 2006;38:82-9.

Ana Delgado

Área de salud Pública, Promoción y Prevención,
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Correo electrónico: ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.06.010

doi:10.1016/j.aprim.2009.07.008

¿Puede llegar a ser el ecógrafo una herramienta del médico de familia? Experiencia en un centro de salud rural

Can ultrasound become a family doctor tool? Experience in a rural Health Centre

Sr. Director:

Con el objetivo de valorar la utilidad y concordancia diagnóstica de la ecografía abdominal realizada por un médico de familia, se diseñó un estudio descriptivo longitudinal.

Se realizó en un centro de salud rural situado a 35 km del hospital o centro de especialidades más cercano, con una población de 12.000 habitantes de más de 40 núcleos de población, con 10 médicos de familia.

Se dotó al centro de salud con un ecógrafo Esaote MyLab 50 con 2 sondas multifrecuencia y *software* para ecografía abdominal, y se formó a un médico del equipo con un curso de 100h. Se incluyó un total de 177 pacientes.

En cada estudio ecográfico se incluyó una valoración del parénquima hepático, vesícula biliar e hilio hepático,

parénquima esplénico, parénquima renal bilateral y vejiga urinaria, y se consideró concluyente siempre que fue posible la visualización de las estructuras relacionadas con la indicación. En caso contrario, se consideró no concluyente y se derivó para la realización de la ecografía por parte de un radiólogo externo. Se analizaron las ecografías abdominales realizadas en un año, desde noviembre de 2007 a noviembre de 2008. Las exploraciones concluyentes se etiquetaron como normales o patológicas. Las enfermedades se dosificaron en: enfermedad no relevante (hallazgos morfológicos anómalos, no relacionados con la indicación y que no requirieron seguimiento, confirmación diagnóstica ni intervención terapéutica), y enfermedad relevante (tabla 1).

Todas las ecografías patológicas se contrastaron mediante:

- Repetición de la ecografía a cargo de un radiólogo externo.
- Informe hospitalario en caso de ingreso.
- El material grabado en soporte digital, que examinó un ecografista del Servicio de Patología Digestiva del Hospital de León.

Fueron concluyentes 163 estudios (92%). Hubo un 37% de exploraciones sin enfermedad, un 47% con enfermedad no relevante y un 21% con enfermedad relevante (tabla 1) La concordancia de los hallazgos ecográficos patológicos fue de

Tabla 1 Estudios patológicos encontrados

Enfermedad no relevante		Enfermedad relevante	
Granulomas hepáticos	3	Litiasis biliar sintomática	5
Quistes hepáticos simples	9	Esteatosis hepática	5
Quistes hidatídicos calcificados	4	Angioma hepático	5
Pólipos de vesícula menores de 1 mm	7	Hidronefrosis	2
Litiasis biliares asintomáticas	17	Litiasis renal	4
Quistes renales simples	22	Riñon pélvico	1
Doble sistema calicial	4	Hepatocarcinomas*	2
Bazo accesorio	2	Coledocolitiasis*	1
Total/porcentaje de exploraciones concluyentes	68/47%	Colecistitis*	2
		Aneurisma aórtico*	1
		Cáncer vesical*	1
		Esplenomegalia gigante Mielofibrosis*	2
		Rotura renal tras traumatismo*	1
		Metástasis hepáticas*	2
		Íleo mecánico*	1
		Total/porcentaje de exploraciones concluyentes	35/21%

*Enfermedades urgentes o graves.

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 radiólogo¹⁻⁴.

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^{3,4}, pero sí hay trabajos sobre el tema en diversos colectivos de «no radiólogos» como cirujanos¹, médicos de urgencias^{2,5} e incluso residentes⁵, con resultados muy similares. También a través de comunicaciones a congresos^{4,6} 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^{a,*}, Alba Berjón Chamorro^a, Juan Luis Burón Llamazares^b, Consuelo Onrubia Baticón^c y Ana Nuñez^c

^aCentro de Salud de Santa María del Páramo, Santa María del Páramo, León, España

^bGerencia de Atención Primaria, León, España

^cMedicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de José Aguado, León, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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_{1c}) cada 3 meses. Los no diabéticos tienen una HbA_{1c} inferior al 6%, y el objetivo del tratamiento de los diabéticos es acercar los resultados de la HbA_{1c} 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^{1,2}.

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_{1c} que han tenido estos pacientes en el último año con el número de

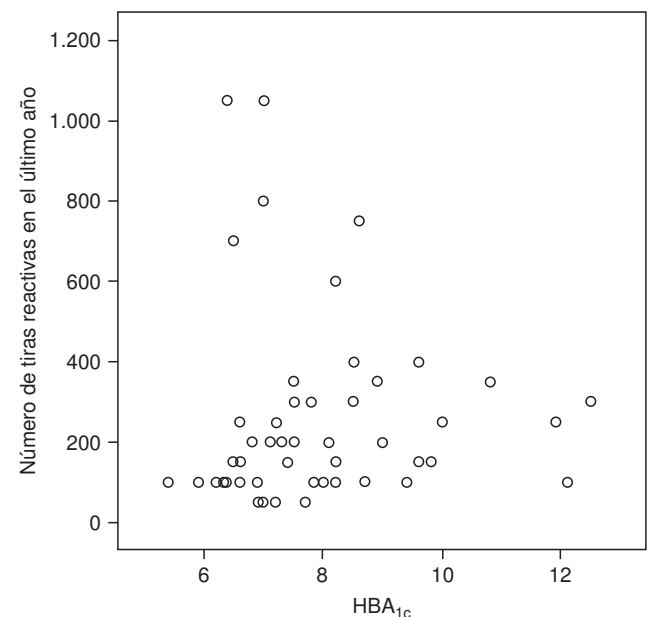


Figura 1 Correlación entre el consumo de tiras reactivas de glucosa y el control de la glucosa a través de los valores de la hemoglobina glucosilada.