

Bibliografía

1. De Cueto M. La microbiología en el diagnóstico de la infección urinaria. En: Pigrau C., editor. *Infección del tracto urinario*. Madrid: Salvat; 2013. p. 11–22.
2. Andreu A, Planells I, Grupo cooperativo español para el estudio de la sensibilidad antimicrobiana de los patógenos urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:481–6.
3. Llor C, Aspiroz C, Cano A, Barranco M. The use of amoxicillin and clavulanic acid and quinolones as first choice antibiotics in uncomplicated urinary tract infections in Spain should be reviewed. *Aten Primaria*. 2012;44:443–4.
4. Llor C, Rabanaque G, López A, Cots JM. The adherence of general practitioners to guidelines for the diagnosis and treatment of lower urinary tract infections in women is poor. *Fam Pract*. 2011;28:294–9.
5. Piñero MJ, Martínez MR, Sánchez T, López D, Rodríguez FJ. ¿Modifican nuestra actitud terapéutica los urocultivos. *Aten Primaria*. 2000;26:459–63.
6. Lugtenberg M, Burgers JS, Zegers-van Schaick JM, Westert GP. Guidelines on uncomplicated urinary tract infection are difficult to follow: Perceived barriers and suggested interventions. *BMC Fam Pract*. 2010;11:51.

M. Dolores López-Prieto^{a,*}, Trinidad Maqueda^b
y Juan Carlos Alados^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital SAS Jerez, Área Sanitaria Norte de Cádiz, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^b Centro de Salud San Benito, Área Sanitaria Norte de Cádiz, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolalopezmicro@hotmail.com

(M.D. López-Prieto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.005>

Análisis espacial del dengue y la atención primaria de salud en Alfenas, Minas Gerais, Brasil



Spatial analysis of dengue and Primary Health Care in Alfenas, Minas Gerais, Brazil

Sr. Director:

El dengue es una enfermedad reemergente, de creciente importancia para la salud global¹, y el conocimiento de patrones espaciales de la infección por el virus es esencial para comprender la dinámica de transmisión y orientar estrategias de prevención eficaces². Además de la eliminación del mosquito transmisor, hoy prácticamente inaplicable, se cree que una buena alternativa para mejorar este problema es la integración de Programas Gubernamentales de Control del Dengue con atención primaria de salud (APS). Esta articulación es viable, representa la optimización de recursos al evitar la duplicación de acciones, y permite una mayor participación de la comunidad en el control de la enfermedad³.

El objetivo de este trabajo es investigar la incidencia del dengue en Alfenas-Minas Gerais (MG) y describir la distribución espacial de los casos confirmados por áreas urbanas de cobertura de la estrategia de salud de familia (ESF). El área de estudio es la ciudad de Alfenas, ubicada al sur de Minas Gerais, Brasil, con 849,2 km² de extensión y con 73.774 habitantes en el año 2010. Se trata de un estudio descriptivo transversal y análisis espacial en salud, se utilizaron datos secundarios sobre notificaciones de casos autóctonos de dengue, de enero de 2001 a diciembre de 2010.

Este estudio, aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Alfenas-UNIFAL-MG, conforme al protocolo n.º 158/2010, mostró que hubo 489 notificaciones de dengue en la década estudiada. De las notificaciones

de casos urbanos, en 177 individuos (37,18%) se confirmó dengue clásico. No se registraron complicaciones clínicas graves, ni tampoco ninguna defunción entre los mismos. En relación al tiempo y análisis espacial, las mayores tasas de incidencia y las concentraciones de casos más expresivos fueron observadas en los años 2002, 2007 y 2010. Alfenas contaba en el momento del estudio con poco más del 60% de cobertura de atención primaria a la población.

La distribución espacial de los casos según las zonas urbanas beneficiadas por APS reveló que en la mayoría de los años los grupos de casos de dengue no coincidieron con las regiones atendidas por la estrategia de salud en la familia (ESF). La figura 1 presenta mapas de Kernel con grupos de casos de dengue y las zonas que se beneficiaron de la APS. Se observa que muchas zonas con alta densidad espacial de casos no convergían con las áreas cubiertas por los equipos de salud en la familia, en la mayoría de los años descritos, lo que permite elaborar la hipótesis de que el aumento cuantitativo y cualitativo de la APS en la comunidad constituye un facilitador para la prevención y control de la enfermedad en el territorio urbano. Esta probable asociación coincide con recientes estudios que destacaron la importancia de la participación de profesionales en la APS en la lucha contra el dengue^{4–6}.

En síntesis, el dengue incidió de manera más expresiva en marzo, abril y mayo de los años 2002, 2007 y 2010. Los casos presentaron distribución espacial bastante heterogénea por el territorio, con densidad más elevada en las zonas desprovistas de APS. Creemos que los profesionales de salud actuantes en el nivel primario deben ser considerados socios importantes en la prevención y control de la enfermedad, y sugerimos que se dirijan estudios para investigar el impacto de la cobertura de la APS en la incidencia y densidad espacial del dengue en este y otros contextos municipales.

La encuesta se llevó a cabo como una actividad de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina

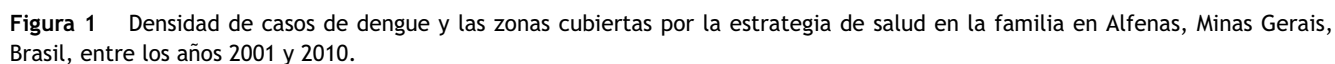


Figura 1 Densidad de casos de dengue y las zonas cubiertas por la estrategia de salud en la familia en Alfenas, Minas Gerais, Brasil, entre los años 2001 y 2010.

de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (USP), y no se basó en el apoyo financiero de las agencias.

Bibliografía

1. Stoddard ST, Forshey BM, Morrison AC, Paz-Soldan VA, Vázquez-Prokopec GM, Astete H, et al. House-to-house human movement drives dengue virus transmission. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;1103:994–9.
2. Liebman KA, Stoddard ST, Morrison AC, Rocha C, Minnick S, Sihuincha M, et al. Spatial dimensions of dengue virus transmission across interepidemic and epidemic periods in Iquitos Peru (1999–2003). *PLoS Negl Trop Dis*. 2012;6:e1472.
3. Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:987–97.
4. Roriz-Cruz M, Sprinz E, Rosset I, Goldani L, Teixeira MG. Dengue and primary care: A tale of two cities. *Bull World Health Organ*. 2010;88:244–5.
5. Ang KT, Rohani I, Look CH. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. *Med J Malaysia*. 2010;65:58–62.
6. Torres EM. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20:60–74.

Murilo César do Nascimento^{a,b,*}
y Antonio Luiz Rodrigues-Júnior^a

^a *Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil*

^b *Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG, Minas Gerais, Brasil*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: murilo@unifal-mg.edu.br,
murilocesar2003@yahoo.com.br (M.C.d. Nascimento).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.016>

Ezetimiba asociada a simvastatina incrementa el riesgo de insuficiencia renal



Does ezetimibe combined with simvastatin increase the risk of renal failure

Los resultados de los ensayos clínicos que evalúan el uso combinado de ezetimiba (EZ) y simvastatina (SI), muestran que la combinación consigue una disminución adicional de los niveles del colesterol-LDL. Aunque no se dispone de ensayos clínicos que demuestren la reducción de la morbimortalidad cardiovascular, ni se dispone de estudios comparativos con otras combinaciones, ni en términos de eficacia ni de seguridad¹ su uso está ampliamente extendido.

Los efectos adversos descritos con la asociación de SI/EZ parecen similares a los descritos para EZ y SI, habiéndose descrito con mayor frecuencia cefalea, vértigo, fatiga, alteraciones gastrointestinales y mialgia. Mientras que unos autores consideran que no se detectaron diferencias en la incidencia de efectos adversos entre SI/EZ y SI en monoterapia, otros señalan que la EZ aumenta la frecuencia de problemas musculares asociados a las estatinas¹.

La combinación de SI/EZ a dosis fijas en pacientes con insuficiencia renal moderada no requiere modificar la dosis. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min), debe administrarse con prudencia las dosis que superen los 10/10 mg/día².

Caso clínico

Varón de 68 años, sin alergias farmacológicas conocidas y antecedentes patológicos de dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral y arteriopatía diabética, tratado inicialmente con SI 40 mg/día, ácido

acetilsalicílico 100 mg/día, carvedilol 25 mg/12 h, metformina 850 mg/12 h, enalapril 5 mg/día, eplerenona 25 mg/día y omeprazol 20 mg/día.

En la [tabla 1](#) se presenta la distribución de las variables analíticas en función del tratamiento hipolipemiente. Con el tratamiento hipolipemiente inicial de SI 40 mg/día, el paciente presentó los valores analíticos descritos en la [tabla 1](#) (columna tratamiento hipolipemiente inicial: SI 40 mg/día). Cabe destacar un valor del colesterol LDL de 93 mg/dl, una creatinina sérica de 1,19 mg/dl y un filtrado glomerular estimado (FGe) superior a 60 ml/min.

El paciente realizó una visita de control en cardiología del Hospital Universitario del Valle de Hebrón. El cardiólogo recomendó un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular por vasculopatía universal importante.

Con el objetivo de conseguir un LDL < 70 mg/dl el cardiólogo indicó un cambio de tratamiento de SI 40 mg/día por SI 40 mg y EZ 10 mg/día a dosis fijas.

A los 4 meses del tratamiento con la combinación de SI/EZ se realizó una analítica de control en atención primaria. Destacamos un empeoramiento del filtrado glomerular estimado de 48 mg/min (ajustado por edad, peso, talla y creatinina sérica) y de la creatinina sérica de 1,41 mg/dl ([tabla 1](#), columna SI/EZ 40/10 mg/día).

El médico de familia consensuado con el cardiólogo, debido a la alteración de la función renal, disminuyó la dosis de tratamiento de SI/EZ 40/10 por la de 20/10 mg/día. La analítica posterior de seguimiento realizada a los 2 meses, indicada para el control de la función renal, presentó un FGe de 55 mg/min. Ante estos resultados, el médico de familia decidió modificar el tratamiento de SI/EZ por atorvastatina 40 mg/día, volviendo a la monoterapia para el tratamiento de la dislipemia y con los objetivos de reducción de LDL cumplidos ([tabla 1](#)).

De nuevo se realizó una analítica de control a los 2 meses de tratamiento. Se observó que se normalizó la función renal y manteniendo el buen control de colesterol LDL.