

CARTAS AL DIRECTOR

La visita médica o la espiral de la presión

Sr. Director:

La visita médica viene regulada en Andalucía por la Circular de la Dirección gerencia del S.A.S. 13/91 del 9 de septiembre de 1991. Aquí se recoge el número de 3 visitantes por día (no especifica cuantos días por semana) y una visita trimestral, aconseja que la visita sea de modo colectivo y que toda se desarrolle sin molestias a usuarios y actividad propia del centro asistencial, facultando al director del centro como máximo responsable del correcto desarrollo de estas condiciones.

Pues bien, tras reiterados años de incumplimiento de la más mínima condición arriba señalada y por motivos de reorganización interna y con el consenso de los facultativos de nuestro centro nos propusimos ordenar las condiciones de la visita, dado que se estaban, francamente, incumpliendo, pues no se respetaba la hora concertada, sistemáticamente nos visitaban 5 informadores (4+1), cuando en no pocas veces eran 6 ó 7...

Esta situación generaba una fuerte presión, debido a las reiteraciones de la presentación del mismo producto por distintas personas (hasta 3 veces en pocos días), aumento de la frecuentación de determinados visitantes aprovechando «los huecos» del calendario programado por su asociación, es decir, visitas totalmente ineficientes e ineficaces que iban contribuyendo a enrarecer la relación con este colectivo.

A comienzos del año 2004 los médicos del Centro de Salud nos planteamos regular la visita, no de modo arbitrario, sino manteniendo como eje la orden de la Dirección Gerencia, es decir 3 visitantes de lunes a jueves (tras negociación se extiende hasta los viernes), argumentándoles la ineficiencia de las visitas actuales, la necesidad de tiempo por nuestra parte, la necesidad de disminuir la presión y transmitiendo el mensaje que si bien su asociación tiene un calendario, también los facultativos tenemos una agenda diaria que cumplir y que en lo posible somos nosotros y no sólo ellos quienes deciden cuantos, cuando y como se nos visita.

La reacción del colectivo ha sido decidir por unanimidad (en asamblea donde estaban presentes 150 delegados) no programar más visitas al Centro de Salud El Valle si no se mantienen las condiciones previas (4+1= siempre 5 ó más). Advirtiéndole que aquel que visite puede ser excluido de la programación que realiza «la asociación» de visitantes, esto se está cumpliendo, salvo algunas excepciones, a las cuales desde aquí felicito por su independencia.

La hipótesis benigna argumenta que tendrían que modificar el plan de visitas y no saber a quién excluir y a quién incluirlo.

La hipótesis maligna se centraría en el peligro de extensión en esta provincia del modelo de visita y que sea asumido por otros Centros, dado que según ellos, somos un centro, por así decir, de referencia.

Pero, ¿qué refleja esta actitud?, cuando menos corporativa; pues desde mi punto de vista no es más que una huida hacia delante donde expresan su faceta menos amable, mostrándose como grupo de presión (para que no cunda el ejemplo) a la vez que hacen alarde de un poder supuestamente conquistado o quizás cedido, recordándonos, que la Industria Farmacéutica es en gran medida financiadora de actividades docentes y formativas.

Es por tanto por lo que urge regular la organización de la visita médica en base a la igualdad y al respeto mutuo y a la libertad de los individuos frente a los grupos de presión donde primen valores éticos con mejora de los criterios científico-sanitarios y con una devaluación drástica de la asfixiante presión comercial a la que estamos siendo sometidos y en donde se nos pretende hacer culpables a los médicos de que cualquier modificación del «status quo» actual hace peligrar el número de puestos de trabajo. Creo que al contexto de la visita médica se le han incorporado unas dimensiones foráneas y que no han hecho más que emborronar su esquema y que no son más «ruidos» ajenos que tan solo están enturbiando nuestro quehacer diario.

Andrés Moreno Corredor
Medicina Familiar y Comunitaria
Director del Centro de Salud El Valle. Jaén
ANDMCOR@telefonica.net

Prevención de infección neonatal por estreptococo agalactiae

Sr. Director:

El objetivo que perseguimos con este estudio es una reflexión sobre la intervención en las consultas de Atención Primaria sobre la evolución del embarazo. Para ello se pone en marcha desde hace años el programa de seguimiento del embarazo con una rentabilidad coste-beneficio incuestionable. En dicho programa los principales objetivos son: la captación precoz de embarazo, información de la gestante acerca del proceso de atención y del ries-

go de exposición a teratógenos, detección de factores de riesgo o patologías que interfirieran en unos buenos resultados obstétricos, abordaje correcto de la evolución, derivación adecuada a segundo nivel en caso de complicaciones, promover hábitos saludables, ofertar actividades de educación maternal y visita puerperal domiciliaria, entre otras.

En resumen, los contenidos de este programa ofrece actividades que son básicamente intervenciones de promoción y prevención, para ello se oferta a toda gestante un protocolo de seguimiento del embarazo en coordinación estrecha entre Atención Primaria y Servicio de Obstetricia.

En nuestra intervención pretendemos recoger datos sobre la repercusión que tiene la realización sistemática entre las semanas 35-37 de gestación de un cultivo recto-vaginal para la detección de *Estreptococos* del grupo B.

En nuestro centro de salud, durante el periodo del 01-01-2003 al 31-12-2003 se incluyeron en el proceso de embarazo y puerperio 483 mujeres, 18 salieron del programa por distintos motivos (baja en el Centro, aborto espontáneo...) y a las restantes 465 gestantes se les realizó la prueba de Screening de *Estreptococos* β -hemolítico en la semana 36 de gestación, de las que 36 obtuvieron resultado positivo en el cultivo, es decir un 7,9% a las cuales se les realizó la quimioprofilaxis intraparto y no hubo incidencias en cuanto a enfermedad o secuelas en los recién nacidos vivos.

Revisión

EGB emergió como patógeno neonatal en los años 70 y se vio que en ausencia de medidas de prevención representa la principal causa de infección bacteriana en recién nacidos en países desarrollados.

El EGB forma parte de la flora comensal intestinal y de forma intermitente coloniza el área perineal y tracto genital de la mujer. Según distintos estudios epidemiológicos del 11-20% de las gestantes son portadoras vaginales y/o rectales de EGB en el momento del parto.

Sin medidas de prevención del 40-70% de estas mujeres transmiten EGB a sus RN durante el parto vía vaginal, de estos RN colonizados del 2-4% desarrollan infección precoz lo que supondría una incidencia media anual de 1-3/1000 RN vivos.

Clínicamente la infección se puede manifestar entre las primeras horas y los siete primeros días de vida:

- Forma septicémica aguda que se manifiesta como distress respiratorio en las primeras doce horas de vida y con una mortalidad del 40%.
- Forma meningítica tardía, aparece entre 2-12 semanas de vida, indistinguible de otras formas de meningitis purulenta neonatal, con una mortalidad del 25%.
- Neumonía.

- Otras formas patológicas menos comunes en distintos aparatos y órganos.

Se conocen distintos factores obstétricos que favorecen el desarrollo de la infección neonatal por EGB:

- Madre identificada como portadora vaginal y/o rectal de EGB durante la gestación actual.
- Urocultivo positivo para EGB durante la gestación actual.
- Hijo anterior con infección neonatal por EGB.
- Parto pretérmino en mujer que se desconoce el estado de colonización.
- Rotura prematura y prolongada de membranas (mayor de 18 horas), con estado de colonización desconocido.
- Fiebre intraparto.

Más de la mitad de las infecciones neonatales por EGB se presentan en ausencia de estos factores de riesgos y esto justificaría según algunos autores la administración universal de quimioprofilaxis a todas las portadoras de EGB con o sin factores de riesgo, hecho que se ha consolidado como medida de prevención universal y no selectiva, mediante el documento publicado en Mayo de 1996 por Center for Disease Control (CDC), Prevention of perinatal group B Streptococcal disease.

Estas recomendaciones de la CDC contemplan dos posibles estrategias de actuación:

1. Realización de cultivo de exudado rectal y vaginal en la 35.^a-37.^a semana de gestación y ofrecer profilaxis intraparto a todas las portadoras de EGB.
2. Administrar quimioprofilaxis sin realizar cultivo a todas las gestantes con factores de riesgo.

En 1998 las Sociedades Españolas de Obstetricia, Ginecología y de Neonatología consensuaron una línea de actuación avalada también por las Sociedades Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, donde se recomienda por la elevada frecuencia de infección de EGB y aun en ausencia de factores de riesgo la administración de quimioprofilaxis intraparto a todas las gestantes portadoras identificadas por cultivo.

Estudios posteriores a este programa, para evaluar la eficacia de esta política de prevención ha demostrado un descenso de casos de sepsis neonatal de EGB, disminuyendo la incidencia anual en 2000-2001 por debajo de 0,6/1000 en comparación a 1996-1997 con incidencia anual de 1,21/1000 RN.

Así, se estima que la aplicación de estrategias de prevención basada en cultivo permiten prevenir más del 90% de los casos de infección neonatal por EGB, mientras que los basados únicamente por factores de riesgo previenen del 50-60% de los casos. Con esta política también se ha constatado una menor incidencia de infecciones obstétri-

cas especialmente corioamnionitis y endometritis en las portadoras de EGB que reciben profilaxis.

A la luz de estos datos la recomendación actual por todas las Sociedades implicadas, es realizar cultivo vaginal y rectal a todas la gestantes entre la 35.^a-37.^a semana de gestación administrando profilaxis intraparto a todas las portadoras de EGB. La profilaxis basada en factores de riesgo se limita únicamente a los casos en los que se desconoce los resultados del cultivo en el momento del parto. Se desaconseja la administración de profilaxis en portadoras de EGB con cesárea programada.

Al inicio del parto, la quimioprofilaxis se realiza con Ampicilina 2 gr iv seguidos de 1 gr iv cada 4 horas hasta la finalización del parto. En pacientes con hipersensibilidad de tipo inmediato, Eritromicina iv 500 mg cada 6 horas hasta finalizar el parto y Clindamicina iv 900 mg cada 8 horas son las alternativas de elección y solo en caso de resistencia a estos antibioticos se recomienda Vancomicina. Actualmente se desaconseja la administración sistemática de antibióticos a los recién nacidos de madres que han recibido quimioprofilaxis y se incluye un algoritmo revisado de manejo de estos recién nacidos como profilaxis o tratamiento por sospecha de corioamnionitis.

Conclusión

Desde hace 30 años el EGB ha representado la principal causa de infección bacteriana del RN y gracias a las medidas bien establecidas y su aplicación sistematizada, ha demostrado una reducción significativa de la incidencia de casos de esta infección neonatal, así pues queda como obligación de todos los profesionales implicados y sobre todo del Médico de Familia, consolidar definitivamente esta medida de prevención mediante una actuación coordinada que permita salvar las dificultades propias que conlleva en la práctica el desarrollo y aplicación de un programa de salud. Y para ello proponemos en nuestro medio que es el Centro de Salud San Antonio de Motril una revisión, adaptación de nuevas recomendaciones, un seguimiento periódico del cumplimiento y una evaluación periódica de la eficacia del programa.

Referencias bibliográficas

1. Baker CJ, Edwards MS. Group B streptococcal infection. En: Remington JS, Klein JO, editors. Infectious diseases of the fetus & newborn infant. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
2. Krohn MA, Hillier SL, Baker CJ. Maternal peripartum complications associated with vaginal group B streptococci colonization. J infect Dis 1999; 179: 1410-5.
3. American college of obstetricians and Gynecologists. Prevention or early onset group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis.
4. Centers for disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR 1996, 45 (RR-7): 1-24.
5. Schuchat A. Group B streptococcal. Lancet 1999; 90: 353:51-6.

6. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección neonatal de estreptococos de grupo B. Prog. Obstet Ginecol 1998; 41: 431-5.
7. CDC. Prevention of group B streptococcal perinatal disease. Revised guidelines from CDC.MMRW 2002; 51: 1-22.

Bailón Ballesteros AJ¹, Granados Solier MC¹, Rodríguez Vivas C¹, Alcalá López MA², Manganell Alonso I³, Correa Martín C³

¹ Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Antonio, Motril (Granada)

² Médico de Familia, Centro Salud San Antonio, Motril (Granada)

³ Enfermera, Centro de Salud San Antonio, Motril (Granada)

e-mail: patriciagp@wanadoo.es

Los grupos de autoayuda ¿mejoran la fibromialgia?

Sr. Director:

La fibromialgia (FM) es una entidad clínica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga e insomnio, que a menudo se acompaña de trastornos funcionales tales como trastornos del sueño, cansancio y depresión, entre otros ^{1,2}.

Se trata de un problema frecuente en la práctica clínica: su prevalencia es de un 2% de las personas adultas (3,4% en mujeres y 0,5% en varones). Ocupan el 5-7% de las consultas de Atención Primaria y es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado crónico ².

La educación sanitaria en pacientes con FM modifica su percepción de calidad de vida, aumentando el conocimiento de su enfermedad, disminuyendo la dependencia de los servicios sanitarios ³.

El objetivo del presente trabajo es valorar si la asistencia a grupos de autoayuda por parte de pacientes con FM produce diferencias en cuanto al despistaje de depresión mediante la subescala de depresión de Goldberg con respecto a pacientes que no acuden.

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

El emplazamiento es en dos grupos de autoayuda para personas diagnosticadas de FM existentes en la ciudad de Huelva: Afibromu y HULUA.

Participaron 132 pacientes diagnosticados de FM registrados en ambas asociaciones de los cuales 52 acuden regularmente y el resto, a pesar de estar registrados, no acuden a las actividades organizadas para ellos.

A todos se les administró la subescala de depresión de Goldberg que únicamente se utiliza para el cribado de la depresión. Se estructura en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista el trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las

preguntas de despistaje (uno o más en la subescala de depresión). El punto de corte es mayor o igual a dos para la depresión⁴.

El 94% de los participantes son mujeres. De las personas que acuden regularmente a las asociaciones (52) el 38,46% superan el punto de corte de la subescala, frente al 76,25% de las que no acuden (80). Realizando el contraste de hipótesis correspondiente al tipo de variables (Ji-Cuadrado) se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000013$).

A pesar de las importantes limitaciones de este sencillo trabajo si se puede apuntar que ya no sólo el pertenecer a una asociación específica de FM, sino el acudir regularmente a las actividades organizadas por ellas (talleres de autoestima, educación sobre lo que significa su enfermedad, compartir experiencias con los demás,...) podría mejorar trastornos relacionados tan importantes como es la depresión.

Bibliografía

1. Sedó Fortuna R, Ancochea Mollet J. Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria* 2002; 29: 562-564.
2. Viana Zulaica V, Castaño Carou A, Valeiras Crujeiras C. Fibromialgia. Guías Clínicas en Atención Primaria. URL: <http://www.fisterra.com>. Última actualización: julio de 2001.
3. Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 16-21.
4. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cribado Ansiedad Depresión – Escala de Goldgerg. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/plantillas>.

Miguel Pedregal González

Unidad Docente MfyC, Hospital Vázquez Díaz, Huelva.
udhuelva@tiscali.es

Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus en un centro de salud rural

Sr. Director:

La principal causa de mortalidad en la diabetes es la enfermedad cardiovascular, especialmente la cardiopatía isquémica¹. Por tanto un objetivo fundamental de su tratamiento es reducir tanto la morbilidad como la mortalidad por esta causa. Las últimas recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) refieren la utilización de dosis entre 75-162 mg/día de ácido acetilsalicílico (AAS) para la prevención primaria y secundaria de eventos cardiovasculares².

En un reciente estudio publicado en España se señala que únicamente el 21% de los diabéticos tomaban AAS:

un 53% en prevención secundaria y un 14% en prevención primaria³. Posteriormente a su publicación se entabló una polémica en cuanto a su utilización en prevención primaria que de momento no está resuelta. Nosotros pensamos que con la información disponible son los médicos, junto con los pacientes, los que deben decidir la mejor opción terapéutica y que, probablemente, también sea necesaria la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario que se plantee tener información del problema en nuestro medio⁴.

A continuación presentamos los resultados de nuestro centro de salud.

Objetivo: evaluar el uso de AAS para prevención cardiovascular primaria y secundaria en los diabéticos de un centro de salud rural.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: centro de salud de Gibraleón (Huelva).

Sujetos: todos los diabéticos registrados en el centro de salud (638).

Mediciones: revisión de historias clínicas de diabéticos registrados en el centro, recogiendo información sobre su tratamiento con AAS, antecedentes de eventos cardiovasculares y factores de riesgo cardiovascular asociados. Se utilizaron las recomendaciones de la ADA de enero de 2004.

Resultados: se revisaron 638 historias (388 mujeres y 250 hombres; 7 diabéticos tipo 1 y 631 tipo 2). El 37,46% del total de diabéticos registrados toma AAS. Entre los que tienen antecedentes cardiovasculares (13,16%) lo hacen el 75% (prevención secundaria), y entre los que tienen factores de riesgo (87,62%) un 31,76% (prevención primaria). Un 73,82% están registrados como hipertensos, un 37,46% como dislipémicos, un 7,99% como obesos y un 5,17% como fumadores. El 97,64% de los diabéticos es mayor de 40 años. No hemos recogido datos sobre la historia familiar de coronariopatía ni la albuminuria por carecer de registros en este sentido. El 14,28% de diabéticos tipo 1 y el 37,71% de los tipo 2 toman AAS.

Conclusiones: El consumo de AAS entre los diabéticos de nuestro centro de salud para la prevención primaria es baja, no así su utilización para prevención secundaria. El uso de AAS en esta población diabética es más elevado que la obtenida en otros estudios.

Bibliografía

1. Chico A, Novials A. Aspectos prácticos en el tratamiento del paciente diabético tipo 2. *FMC* 2004; 11: 332-40.
2. American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27 (Suppl 1): 72-3.
3. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernández R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 96-8.

4. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernáez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 236-9.

Romero Blanco Belén. R3 de Medicina de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Castillo Barrera Julia. Médico de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Pedregal González Miguel. Unidad Docente de MF y C de Huelva.
 Morón Contreras Asunción. Médico de Familia. CS de Gibrleón (Huelva)
 Centro de Salud de Gibrleón (Huelva)
 udhuelva@tiscali.es

Lesiones cutáneas por ventosas y educación en salud

Sr. Director:

Cada vez con una mayor frecuencia, en las consultas de los servicios de urgencias y de atención primaria, son atendidos pacientes inmigrantes¹ que previamente acudieron a un «curandero» de su comunidad para recibir la primera asistencia. Esto perpetúa en este sector de la población una práctica cada vez más inusual entre nuestros pacientes autóctonos.

Como caso ilustrativo comentamos el caso de una mujer de mediana edad de origen filipino que acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor subagudo dorsolumbar de características osteomusculares. Como parte de la anamnesis y exploración física practicada descubrimos que le había sido aplicado sin resultado un tratamiento mediante ventosas calientes en la zona del dolor (aplicación de vacío sobre la piel mediante combustión a través de un recipiente) produciéndose múltiples lesiones maculares eritematosas cutáneas por succión. Ésta práctica es más común en la medicina tradicional asiática.

El caso ilustra la importancia de desarrollar una labor educativa y de promoción de la salud en el ámbito de la atención primaria que se dirija especialmente a este colectivo, informando en determinados casos de la probable ausencia de beneficios y de los riesgos que ésta y otras prácticas «alternativas» pueden conllevar^{2,3}.

Bibliografía

1. Morató Grieria J, Pertiñez Mena J, Clusa Gironella T. Migración y Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Aten Primaria. Conceptos, Organización y práctica clínica*. 5 ed. Madrid: Elsevier España; 2003. p. 141-56.
2. Valtueña JA. Medicinas tradicionales y alternativas. *Offarm* 2003; 34:62-6.
3. Madden G, Madden R. Patients who always disagree with you. *Aust Fam Physician* 1994; 23: 1068-71.

Ortega González A¹, Machado Gallas JM²,
 Vicente Martín M², Angulo Acevedo J³

¹ Médico Residente de Neumología. Fundación Jiménez Díaz.

² Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
 Área VII de Madrid. IMSALUD.

³ Médico Residente de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz.
 Madrid. España.

E-mail: aortegag@fjd.es



Lesiones cutáneas por ventosas calientes en espalda