

MEDICINA PREVENTIVA

VOL. XIII N° 4 2007



Sociedad Española
de Medicina Preventiva,
Salud Pública e Higiene

▶ Editorial

V. Pastor (Pág. 5)

▶ *Firma invitada:*

▶ Salud y medios de comunicación

R. Sánchez Ocaña (Pág. 7)

▶ *Originales:*

▶ La Expansión del Acceso al Tratamiento Antirretroviral
en Mozambique

F. Mudender, M. Morales, A. Llopis (Pág. 11)

▶ *Protocolo:*

▶ Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España

Propuesta del Grupo de Trabajo de Expertos en Tuberculosis y del Grupo
de Trabajo de Comunidades (Pág. 17)

▶ *Revisión:*

▶ Sistemas de Clasificación de Pacientes. Parte I

A. I. Fernández, J. Carlos Atance, E. Ballester, R. Magro (Pág. 24)

▶ *Cartas al Director* (Pág. 32)

▶ *Noticias de la Sociedad* (Pág. 36)

▶ *Índice Vol. XIII, N°s 1-4, 2007* (Pág. 37)

▶ *Recensión Bibliográfica* (Pág. 40)

Incluida en las bases de datos I.M.E. (Índice Médico Española),
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS),
Elsevier Bibliographic Databases, Medes y Latindex

Empresa Editorial**EDIMSA**

Editores Médicos, S.A.
C/ Alsasua, 16
Teléfono: 91 - 376 81 40
Fax: 91 - 373 99 07
E-mail: edimsa@edimsa.es
28023 Madrid
Rafael de Casanovas, 1
Teléfono: 93 - 473 99 88
Fax: 93 - 473 95 05
E-mail: edimcat@edimsa.es
08950 Esplugues de Llobregat
(Barcelona)

Director General:

Carlos Giménez Antolín

Director Publicaciones:

Adolfo Berzosa Blanco

Directora Comercial:

Raquel Morán Borjabad

© 2007 Editores Médicos, S.A.
Reservados todos los derechos
de textos e iconografía.

Se prohíbe la reproducción total
o parcial, incluyendo
fotocopias, grabaciones,
etcétera, sin autorización escrita
del editor. Las opiniones
editoriales o científicas que se
emitan con firma, comprometen
exclusivamente la
responsabilidad del autor.

SV 13-R-CM

Fotocomposición:

S.G.I., S.L.

Imprime: Sprint, S.L.

Depósito Legal: M-18903-1995

ISSN: 1135-2841

Director:

V. Pastor y Aldeguer

Comité Redacción:

C. Bischofberger Valdés
S. Fernández Redondo
A. Figuerola Tejerina
C. Sanz Sebastián
J. R. Villagrasa Ferrer

Comité Editorial:

J. L. Arribas Llorente (Zaragoza)
A. Chicharro Papiri (Madrid)
V. Domínguez Hernández (La Coruña)
V. Pastor y Aldeguer (Madrid)
J. Rosselló Urgell (Barcelona)
J. Vaqué Rafart (Barcelona)

Comité Científico:

I. Alberó Andrés (Barcelona)
J. M. Arévalo Alonso (Vitoria)
J. L. Arribas Llorente (Zaragoza)
A. Asensio (Madrid)
J. R. Banegas (Madrid)
J. M. Bayas Rodríguez (Barcelona)
P. Blasco Huelva (Sevilla)
F. Bolumar Montrull (Alicante)
F. Calbo Torrecillas (Málaga)
A. Cerrillo Cruz (Mérida)
M. Conde Herrera (Sevilla)
F. Cruzet Fernández (Madrid)
A. Cueto Espinar (Oviedo)
M. Delgado Rodríguez (Santander)
V. Domínguez Hernández (La Coruña)
V. Domínguez Rojas (Madrid)
J. Fereres Castiel (Madrid)
J. Fernández-Crehuet Navajas (Málaga)
R. Fernández-Crehuet Navajas (Córdoba)
R. Gálvez Vargas (Granada)
J. García Caballero (Madrid)
J. J. Gestal Otero (Santiago de Compostela)
A. Gil Miguel (Madrid)
J. I. Gómez López (Zaragoza)
R. Herruzo Cabrera (Madrid)
J. R. de Juanes Pardo (Madrid)
J. de la Lama López Areal (Valladolid)
P. López Encinar (Valladolid)
F. J. López Fernández (Cádiz)
J. M. Martín Moreno (Valencia)
V. Monge Jodra (Madrid)
J. Mozota Ortiz (Santander)
V. Pastor y Aldeguer (Madrid)
J. del Rey Calero (Madrid)
F. Rodríguez Artalejo (Madrid)
J. R. Sáenz Domínguez (San Sebastián)
M^a C. Sáenz González (Salamanca)
M. Sainz Martín (Madrid)
L. Salleras Sanmartí (Barcelona)
J. Sánchez Payá (Alicante)
Ll. Serra Majem (Las Palmas)
A. Sierra López (Santa Cruz de Tenerife)
J. Vaqué Rafart (Barcelona)
J. L. Vaquero Puerta (Valladolid)
J. J. Viñes Rueda (Pamplona)
J. Yuste Grijalba (Madrid)
J. Zafra Mezcuca (Cádiz)
V. Zanón Viguer (Valencia)

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

EDITORIAL

“Los objetivos siguen siendo los mismos que los del médico que llega a primera hora al hospital y los del periodista que llega por la mañana a la redacción: que el lector esté lo mejor informado posible sobre su salud para ayudarle a que su vida sea un poco mejor”

Dr. Valentín Fuster

“La Ciencia de la Salud. Mis consejos para una vida sana” (Pág. 9)
Ed. Planeta, 2006.

Medicina y periodismo, dos trabajos apasionantes. Así comienza el prólogo del libro “La Ciencia de la Salud”, del afamado cardiólogo español afincado en New York, que esta vez nos presta la reflexión de entrada a este último número del 2007.

No es casual que nuestro número también comience con la *Firma Invitada*, “Salud y Medios de Comunicación”, del prestigioso periodista sanitario D. Ramón Sánchez Ocaña. Ambos, el Dr. Fuster –del que se dice es el más completo cardiólogo a nivel mundial...– y el Sr. Sánchez Ocaña- que acaba de ser galardonado por el Ministerio de Sanidad y Consumo español-, comparten la estrategia de la educación como primera arma de la prevención.

También nosotros. Por ello, incluimos estas páginas extraídas de la Conferencia que el Sr. Sánchez Ocaña pronunció en la Clausura del I Máster en Periodismo Sanitario en Junio de 2007. A buen seguro, sus comentarios resultarán muy convenientes para los profesionales que, cada vez con mayor frecuencia, deben atender a los medios de comunicación a propósito de una noticia sanitaria.

En los *Originales*, incorporamos:

“*La expansión del acceso al tratamiento antirretroviral en Mozambique*”, del Dr. Mudender y cols (Ministerio de Saúde-Mozambique), que ya ha publicado con nosotros y siempre lo hace desde la perspectiva de los problemas sanitarios en los países en vías de desarrollo. Podría parecer un tema lejano si no fuera porque la salud es un valor global.

El *Protocolo* corresponde al “*Plan para la prevención y control de la Tuberculosis en España*”. Se trata de una propuesta del Grupo de Trabajo de Expertos en Tuberculosis y del Grupo de Trabajo de Comunidades Autónomas, que ha sido presentado y aprobado en la Comisión de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo) en Noviembre de 2007. Nuestra SEMPSPH ha estado representada desde el inicio por algún miembro de la Junta Directiva y –sobre todo– por el Dr. J. F. Navarro (Hospital General de Elche) hasta conseguir el consenso final entre todas las sociedades científicas implicadas (11) y todas las Comunidades Autónomas, así como la Administración Central.

La *Revisión* lleva por título “*Sistemas de Clasificación de Pacientes*” y, como indican sus autores, A. I. Fernández y cols (H. “La Zarzuela”-Sanitas, Madrid), se trata sólo de la primera parte de un extenso y documentado trabajo que revisa las herramientas disponibles para relacionar la casuística de los pacientes con los recursos sanitarios consumidos en los centros de todo el mundo.

Las *Cartas al Director*, tratan sobre:

“*Medicina Preventiva y enfermedades emergentes. A propósito de la enfermedad de Chagas*”, del Dr. Ortí y cols (H. C. U. de Valencia) , que nos comentan la aparición de estas enfermedades ligadas a la inmigración y su repercusión en nuestro medio. Y:

“*Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud*”, que nos remite el Dr. E. Terol, de la Agencia de Calidad (Ministerio de Sanidad y Consumo), que suscriben veinte asociaciones de pacientes de ámbito nacional y que fue presentada en la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente (Madrid, Diciembre 2007).

Las *Noticias de la Sociedad* se refieren a próximos eventos recientes o, principalmente, futuros que pueden resultar de interés para nuestros lectores.

Por último, la *Recensión Bibliográfica* se refiere al texto “*Gripe. De la epidemia a la pandemia*”, del que es editor el Prof. J.R. De Juanes (H.U. “12 de Octubre”.Madrid) y ha sido realizada por el Dr. A. Valdivia (H.U. “La Princesa”.Madrid).

El nexo común a todos estos trabajos y a cuantos los leen, bien podría ser el título del prólogo del citado libro del Prof. Fuster: “*La Hora de la Prevención*”.

Atentamente

Vicente Pastor
Director

Firma invitada

Salud y medios de comunicación

R. Sánchez-Ocaña

Resumen de la conferencia pronunciada en la clausura del I Máster de Periodismo Sanitario en el Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid (Junio 2007)

La primera cuestión que me he planteado es la siguiente: ¿Acaso es posible el entendimiento entre medios de comunicación y salud? Y no encuentro más que una respuesta: no sólo es posible el entendimiento, sino que habría que decir que la comunicación y la salud están obligados, condenados, a entenderse. El problema es encontrar el punto de encuentro.

En la comunicación están los medios, los profesionales que trabajan en esos medios, y las empresas que los sustentan. Y cuando hablamos de salud, están no sólo ese interés general, sino unos profesionales de la salud, unos médicos, unos sanitarios y un enorme cúmulo de intereses que no podemos soslayar. En uno y otro lado hay grandes intereses. No siempre tienen que estar contrapuestos, pero bueno es partir de la base de que ni unos –los de la comunicación– ni otros –los de salud– son ángeles puros que sólo trabajan, los primeros por y para informar, y los segundos por y para lograr una población mas sana. Creo que si partimos de esas bases nos podemos entender mucho mejor.

Desde el punto de vista de los sanitarios, yo comprendo perfectamente la dificultad inicial de acercarse a los medios de comunicación. Es una dificultad que parte de un hecho evidente: el desconocimiento de cómo se mueven los hilos de la información, creyendo que se conocen.

Los periodistas tenemos la responsabilidad de llevar hasta los ciudadanos la información para que ellos tengan opinión, y no podemos permitirnos el lujo –ni la sociedad debe tolerarlo– de ser permanentes aficionados de todo. Podemos, sí, ser aprendices; pero entonces, reconocerlo. El problema empieza cuando además nos creemos maestros.

Por eso, para entendernos, creo que habría que partir de la base de conocer primero los medios. Y después, de que se plantee qué se quiere de ellos.

Es verdad que los medios de comunicación pueden ser magníficos agentes de promoción de la salud. Pero esa no es su misión fundamental. Hay que tenerlo claro. Porque si no, empiezan enseguida los problemas. Además –y si antes la crítica fue para los periodistas, ahora va hacia los sanitarios–, muchos profesionales de la salud no tratan sólo de que esos mensajes de promoción sanitaria lleguen a la población, sino que tratan de que a través de los medios se pueda influir en las tomas de decisión que podrían ser interesantes para la población. Obsérvese que digo que *podrían* ser interesantes. Parto de esa base. Porque hay, ciertamente, muchas ocasiones

en que se trata de influir en decisiones políticas sobre salud que no van directamente a mejorar la salud de la población, sino a satisfacer otros intereses... Es eso que en el argot de la comunicación se llama utilizar los medios de comunicación hacia arriba. Crear un estado de opinión... Ejemplos hay muchos y seguro que ustedes conocen alguno.

Por eso, si analizamos cuál es la imagen real que la sociedad tiene de nosotros (no la que dicen, porque suelen temernos), sino la real, nos encontramos con que unos la idealizan, y otros nos ponen verdes. La idealizan los que piensan que todos los periodistas están en el África del hambre, en Kabul, o en cualquier ciudad de Irak. O creen que el periodista es un individuo que pone firme al presidente del gobierno con un editorial. Pero también está esa otra imagen de quien apuesta por el morbo lacrimógeno, o de quien con grandes teleobjetivos se pasa horas y horas esperando la foto de un famoso.

La realidad es muy distinta. La realidad es que los periodistas, la mayoría de los periodistas, somos gente absolutamente normal, que trabajamos más de lo quisiéramos, y que a veces, sí, conocemos a gente interesante o se nos invita a reuniones de cierta reserva. Pero en la mayoría de los casos, y en la mayoría de los días, nos ponen multas por aparcar mal, dormimos poco, tenemos que hacer un suceso, asistir a una rueda de prensa, a la presentación de un libro o al acto de entrega de un premio a un amigo.

Y suele ignorarse que la gran mayoría de periodistas tiene su cultura, tiene algún conocimiento general del mundo en que vive y, sobre todo, tiene una perspectiva de todo lo que le rodea. Por su profesión, por todo lo que está obligado a leer –aunque no sea más que las noticias que llegan de agencia–, tiene una visión de la actualidad y del mundo que relaciona sin querer. Eso es lo que le da esa visión extraña de todo lo que ocurre. Y de ahí esa valoración de las cosas que muchas veces no se entiende.

De ignorar todo eso surge que muchas veces los profesionales de la salud, a veces con la mejor intención, se sitúan ante el periodista con la idea de que a partir de ese momento, él va a ser una víctima intencionada de cierto rencor y de ciertos resabios. O si no, va a llegar con el paternalismo de decirle qué tiene que decir, cómo, con qué adjetivos, a cuántas columnas y casi, casi en qué página.

Poco a poco, como se ve, vamos configurando una idea clave: como estamos condenados a entendernos, lo mejor será que empecemos por conocernos. Y esa es la gran cuestión.

Lo primero que debemos reconocer es que los medios de comunicación son medios, se colocan en el medio entre lo que ocurre y el público, precisamente, porque no hay una comunicación real. En un pueblo pequeño no hace falta periódico. En cuanto la comunicación deja de existir –fíjense qué ironía–, surge el medio de comunicación. Y surge, dejémonos de idioteces, no con objetividad. Hay que reconocerlo: la comunicación no es objetiva. Está hecha por sujetos y, por tanto, la objetividad es imposible. Otra cosa es, al hilo de lo que hablamos, que se le exija imparcialidad. Ese es otro asunto. Pero el medio de comunicación no puede ser objetivo, porque, con sus técnicas, recoge la realidad. Pero no es toda la realidad. Es la que quiere, la que selecciona, la que cree que debe decir. Y la trata, en el mejor de los casos, con imparcialidad, la resume, la transforma, la titula. Como decía alguien, los medios reescriben la realidad. Vamos a suponer que con la mejor voluntad, pero la reescriben, la manipulan. Pero, ¡ojo!, que no se vea en el verbo ninguna intención aviesa.

Desde el punto de vista sanitario, pocas cosas puede haber más importantes que buscar la forma en que los mensajes de salud lleguen a la población. Pero un periódico es un periódico y entre sus misiones básicas no está inicialmente ser el formador de poblaciones.

Eso debe tenerlo muy en cuenta el sanitario. Que esa información que puede ser importantísima tiene que pelear en un periódico por hacerse su hueco. Hay que desterrar esa idea que existe en muchos lugares de que no sabemos cómo llenar los periódicos.

Otra de las cosas que el sanitario debe tener en cuenta para ir conociéndonos, es la forma de dar esa información.

Otro asunto que, en este ánimo de conocernos, hay que poner sobre la mesa. Nadie –y menos los periodistas– tiene tiempo para escuchar largas disertaciones, aunque sean importantísimas. Así que lo que haya que decir, cuanto más breve, mejor. Y cuanto más claro, también. Y a ser posible, con comparaciones y datos cercanos. En la sanidad se cae con demasiada frecuencia en la estadística. Y salvo unos datos brutales, la estadística es un número frío. Los porcentajes casi nunca convencen a nadie. Si se quiere enfatizar en la mortalidad que causa el tabaco, mejor que hablar del porcentaje de cánceres de pulmón y cosas de esas es decir que todos los años en España se muere, por culpa directa del tabaco, una población como la de Soria o la de Teruel.

He aquí otro truco. Si en la rueda de prensa se busca la información escueta, clara y concisa, se puede después adornar con datos y se puede, claramente, brindar el titular a los oyentes.

Y otra de las cuestiones a tener en cuenta es que no todos los medios son iguales.

La televisión, por su propia esencia, es la superficialidad hecha imagen. Tiene la ventaja de que cubre mucha más audiencia, pero nunca se puede tratar de profundizar en televisión. No es que no se pueda. Es que el medio en sí no lo permite.

La radio es rápida, es más cómoda, no exige tanta técnica. Tampoco permite un mensaje largo. Y hay que saber dosificar las cosas. En la radio es donde mejor encaja eso de poco y claro. Muy claro y reiterado.

En la prensa es distinto. Es la única actividad informativa que no se puede compartir. Cuando se ve la tele, siempre hay alguien que habla, que interrumpe en el momento oportuno. La imagen, incluso distrae. La corbata torcida, un pelo fuera de sitio ya es suficiente para que el mensaje se distorsione.

Mientras se oye la radio, se está haciendo otra cosa. Pero la prensa, sin embargo, no. Hay que leerla. Y además, hay que comprarla. Por eso, cada medio tiene su lenguaje.

Me gustaría ahora llamar la atención sobre los cambios que se están experimentando. Hace muy poco tiempo, el acceso a la información exigía una cultura previa. Hoy no. Hay que tenerlo en cuenta, porque la radio y la tele han puesto la información al alcance de todos. Y el problema, además, es que cuando se habla de salud estamos ante un público permanentemente sensible. Es un público muy receptivo y en la mayoría de los casos, médicamente ignorante. Identifica, padece lo que se dice, de manera que el mensaje de salud tiene uno sobreañadido, que es el de la ansiedad de quien escucha. Es un receptor excesivo, podríamos decir, y de ahí que se puedan producir perjuicios o beneficios, dependiendo de qué se dice, cuándo se dice y, sobre todo, cómo se dice.

Otro tema que está siempre en el centro de la polémica: ¿se debe divulgar la medicina? Yo prefiero hablar de divulgación que de vulgarización. Los médicos no tienen un criterio muy acorde en esto. Hay quien defiende esta divulgación y quien la ataca frontalmente. Una mayoría de médicos, según encuestas, la acepta como buena por principio, aunque un 38 por ciento la rechaza. Sin embargo, la forma en que se hace es rechazada por la mayoría. También piensan que la cantidad de divulgación es excesiva. Y sobre el contenido, la gran mayoría piensa que debe limitarse, entendiendo que no todos los temas médicos son aptos para ser divulgados.

Sin embargo, la divulgación médica y sanitaria es imparable. Discutir sobre si se debe o no se debe hacer, ya no conduce a nada. Se hace. Así que habrá que buscar que se haga cuando se debe y como se debe. Y para eso, como decíamos antes, sólo cabe una postura: mantener contactos serios, frecuentes, que sirvan de mutuo conocimiento para transmitir el mensaje adecuado y para que sepamos recogerlo cuando y como se debe.

El problema que también se plantea es quién debe hacer esa divulgación. El periodista que se informa de los aspectos que va a tocar, o el médico, que es el que sabe de medicina, pero que no siempre está capacitado para extractar y para divulgar.

En este sentido, yo creo que no se deben hacer distinciones *a priori*, porque la práctica irá decantando la situación. El médico que sepa mucho de medicina, pero no la sepa explicar, aparecerá un día en la radio o en la tele. Pero no le llamarán la segunda vez. Y el periodista que escriba de estomatología creyendo que se trata del estómago, no deberá volver a escribir de ese tema...

Otro tema complejo en relación a los medios y la salud es el acceso a los avances.

Éste es un tema difícil, porque depende de donde se ejerza la profesión. Los avances médicos no son algo diario y no se producen en todos los sitios. En la prensa local suelen llegar por agencia y la discriminación de la propia agencia es ya difícil. Hay ejemplos muy claros.

Recuerden la campaña contra la sacarina... y el ciclamato.

En la mayoría de los casos, los grandes periódicos y revistas acuden a fuentes internacionales y procuran contrastar y, sobre todo, valorar con asesoría. Un descubrimiento, una técnica periodísticamente atractiva, no representa muchas veces más que una novedad parcial, y debe saberse.

También, saber que detrás de muchos progresos médicos hay importantes intereses económicos, de mercado y de

prestigio personal que pueden ser elementos distorsionados en los que los periodistas nos vemos involucrados y tenemos que actuar como moderadores.

Por eso, el único consejo válido: cada uno de los informadores que se dedica a esta especialización, debe tener "SUS" consultores. Ese médico amigo que sabe mucho y que tiene criterio. Porque uno, periodista, no puede evaluar muchas veces la trascendencia o la importancia que puede tener, por ejemplo, un corazón artificial permanente, o cómo se puede valorar que se cure un infarto con una inyección de células madre. No puede discernir entre el avance científico y el interés del hospital por ocupar una página del periódico.

El problema serio es que la información sanitaria suele decir más de lo que narra. Y además, el nivel científico de las informaciones en los medios no puede ser muy alto y el riesgo de inexactitudes y de levantar falsas esperanzas aumenta. Desde mi punto de vista, comparto con muchos colegas, es menos arriesgado y mucho más seguro para el destinatario de la información pecar por defecto que por exceso. En este caso, la cantidad de información está muchas veces reñida con la calidad.

Dicho esto, creo que podemos ir por otros derroteros.

Y es el papel que los medios pueden desempeñar en la promoción de la salud. Entre otras cosas, como un derecho informativo que el ciudadano tiene.

Yo prefiero hablar siempre de información sanitaria y no de información médica. Son dos conceptos que pueden parecer similares, pero que no lo son. Y que, si analizamos, tienen unos matices diferenciales importantes. Sanidad es cosa de todos. Es radicalmente falso que la sanidad sea cuestión de los médicos; en sus manos está la medicina, nada menos. Pero la sanidad, así, en general, creo que es cosa nuestra. De la Escuela, del Ayuntamiento, de la Comunidad, del Estado. Pero, sobre todo, y fundamentalmente, de todos y cada uno de nosotros.

La sanidad es ya cuestión de los maestros. En vez de aprender las hermosas inutilidades de lo que dicen que es cultura, no sabemos lo más elemental de nosotros mismos. Puede que sepamos localizar Afganistán, aunque no sepamos lo que hace el hígado. Y es posible que sepamos muy bien que el Miño nace en Fuentemiña, pero ignoremos qué es la próstata. Si nosotros desde pequeños supiéramos este tipo de cosas, es posible que nuestra sanidad fuera mucho mejor. Si desde pequeños nos enseñaran bien a lavarnos los dientes y las normas de higiene más elementales, es posible que muchas caries y muchas infecciones no existieran. Y no estaríamos hoy ostentando el vergonzoso récord de tener las peores bocas de Europa.

Es así de sencillo. Hay que aprender desde la escuela que sanidad empieza por el agua corriente y por la higiene, y no por los estrógenos y los trasplantes. Que eso es medicina, no sanidad. Hay que tener el concepto claro –y es quizá uno de los aspectos más positivos– de que sanidad es hablar de salud y no de enfermedad. Que es hablar de ocio y de bienestar, y no de hospitales. Sanidad no es medicina, insisto. Por eso quería distinguir también entre información médica e información sanitaria.

La médica es la que puede hacerse desde una publicación profesional, por ejemplo. Es profesional y para profesionales. Pero la información sanitaria no tiene nada que ver con eso. La médica, parte de considerar al hombre enfermo. La sanitaria, debe partir de considerarlo sano y contrastar lo que debe saber para seguir estando sano.

La información sanitaria no tiene nada que ver –que eso es negativo– con esas noticias sensacionales de una nueva droga contra el cáncer. No tiene nada que ver con los recuadros en los periódicos diciendo que los americanos acaban de conseguir un nuevo fármaco contra la leucemia. Esa es una vulgarización abusando de la buena fe de los lectores y que crea unas ideas infundadas y unas crueles esperanzas. Nadie cree en ellas hasta que surge un problema cercano. Y es cuando empieza a aparecer ese "por si acaso", una vez agotadas todas las demás vías. Y ese "por si acaso", el que hace que este tipo de noticias deban ser absolutamente filtradas por la responsabilidad de todos. Porque además, y también la experiencia va informando, detrás de casi todas las apariciones de este tipo hay que sospechar algún interés comercial.

A mí me parece que el papel de los medios de comunicación en relación a la salud tiene una gran importancia y debe contar, desde el principio, con una gran delicadeza.

Es cierto que tenemos responsabilidad, y mucha. Y así como en otras áreas del periodismo podríamos discutirlo, en el área sanitaria y de salud pienso que los medios –y por tanto los profesionales que en ellos trabajamos– deberíamos preguntarnos cuáles son los objetivos de nuestra información, el por qué de esa información. En un plano exclusivamente periodístico, esto que acabo de decir es una herejía. La información es, y no se puede pretender nada con ella, porque entonces estamos ante la definición exacta de la demagogia. Sin embargo, el hecho de que yo pueda seleccionar la información y que tenga que decidir entre una y otra, ya nos pone en otra tesitura. Implica una decisión de acuerdo con un criterio.

Y ahí debajo es donde late esa gran pregunta:

¿Los medios se ocupan de lo que realmente preocupa al ciudadano? ¿O es que el ciudadano acaba interesándose por lo que continuamente publican los medios? Yo creo que la respuesta debe darla cada uno. Vamos a analizar un poco los medios, para terminar. Vamos a suponer que información es todo, independientemente de que se emita en un telediario o en un programa como "Más vale prevenir". Primera realidad: el inmenso poder multiplicador que la televisión tiene. Por eso hay que medir muy bien las consecuencias de las palabras. Como los programas se anuncian con antelación, debemos ser conscientes de que entre los espectadores de ese día están fundamentalmente los interesados por esa enfermedad, porque es propia o por lo menos cercana.

La primera consecuencia que extrajimos es que la gente de televisión ve y oye lo que quiere ver y oír.

Otro aspecto que sería importante es el de evitar las angustias. Esa angustia con sangre o imágenes tétricas no conduce a nada, salvo al sensacionalismo. Recuerdo alguno de los programas de TV que hemos hecho, en donde se sacrificaron imágenes de gran espectacularidad, precisamente por eso. Por ejemplo, cuando hablamos de quemaduras. Es evidente que podríamos haber retratado un centro de quemados, planos verdaderamente impresionantes. Pero nosotros no queríamos impresionar a nadie, sino dar la información de cómo se puede prevenir la quemadura.

Hablando de hemorragias, podíamos haber teñido de sangre la pantalla, pero no hacía ninguna falta. Todo el mundo sabe que la sangre es roja, y todo el mundo sabe lo que es una hemorragia, así que lo pasamos por alto.

Medicina Preventiva

En el fondo, puede que la base esté en la necesidad que tenemos de adquirir una conciencia muy clara de que las informaciones sobre cuestiones sanitarias se reciben siempre con una especial sensibilidad. Y por eso hay que evaluar muy bien eso que antes decía del poder multiplicador del medio, y la forma en que el espectador recibe ese mensaje.

Y ser conscientes, desde luego, de que los medios de comunicación pueden hacer mucho por lograr que los factores culturales y los hábitos de vida cambien, mejorando así la situación sanitaria del país.

Si nuestros hijos crecieran en esa prevención, tendrían mejor salud.

Sólo un apunte final para exponer cómo es el lenguaje de los medios.

Porque cada medio “habla” de una forma distinta. A un periódico general hay que darle información amplia, genérica, divulgativa, basada en la noticia. O bien, dar la noticias y acompañarla del correspondiente dossier que sirva de apoyo y de material de trabajo para el periodista.

Si acudimos a medios especializados, no podemos ir con el mismo lenguaje. Ahí se debe matizar, profundizando en los detalles específicos de la noticia. ¿Por qué es noticia? Porque presenta algo nuevo y si es de tipo científico, hay que profundizar precisamente en ese detalle. Aquí, el apoyo, más que en el *dossier*, puede venir dado por la opinión de grandes expertos de reconocido prestigio. Con la ventaja de que esos medios tienen casi siempre alguna semana por delante para poder elaborar la información.

La radio es distinta. Utiliza siempre frases muy cortas y las intervenciones de los especialistas se hacen por cortes, es decir, por mensajes mínimos. Ahí, si tienen que intervenir, olvídense de números, de estadísticas, de palabrejas. La radio, de forma directa y clara.

Y para televisión, les voy a dar un consejo: les pregunten lo que les pregunten, ustedes digan lo que quieren decir, que para eso fueron. Porque si no, cuando quieran hablar del avance que quieren, ya no habrá tiempo...

En fin, podríamos hablar mucho más de los medios de comunicación en relación con la salud, y posiblemente lo seguiremos haciendo deste éstas y otras páginas.

Originales

La Expansión del Acceso al Tratamiento Antirretroviral en Mozambique

F. Mudender, PhD^{1,3}; M. Morales, PhD²; A. Llopis, PhD²

¹Ministerio da Saúde-Mozambique.

²Universidad de Valencia-España.

³GRAAL-UAB.

RESUMEN

Con el incremento de la disponibilidad de los fondos destinados a la atención de los enfermos con SIDA, en Mozambique comienzan a aparecer las primeras Unidades Sanitarias capacitadas para dar respuesta a la ya insostenible demanda del Tratamiento Antirretroviral (TAR).

El acceso a TAR en Mozambique pasó de beneficiar a 4.182 personas en Julio de 2004 a 13.369 en el mismo período del año siguiente, y de este valor, a 28.951 en el período correspondiente al año 2006. Y para los mismos períodos, el número de Unidades Sanitarias que ofrecen estos servicios pasó de 15 a 32 y luego a 55. En Abril del 2007 ya había registradas en el país más de 57.000 personas recibiendo el TAR y más de 120 Unidades de Salud capacitadas y realizando estas actividades.

En 2006, el Ministerio de Sanidad puso en marcha un nuevo abordaje en la política de expansión del acceso al TAR que prioriza, por un lado, la descentralización y por el otro, la integración de los diferentes servicios en las Unidades Sanitarias (US), con lo que se pretendía, además de tornarlo accesible en los diferentes contextos nacionales, también optimizar los recursos existentes.

En el presente trabajo se presenta una visión descriptiva y los puntos de vista de los testigos de las actividades llevadas a cabo por una estructura determinada a realizar con éxito una misión compleja y de gran magnitud.

Palabras Claves: Mozambique, acceso, expansión, descentralización, integración.

SUMMARY

With the increment of availability on funds destined to the attention of people with AIDS, Mozambique is beginning to appear with the first Sanitary Units enabling to give answers to the already untenable demand of Antiretroviral Treatment (TAR).

The access to TAR in Mozambique passed from benefiting 4,182 people in July 2004 to 13,369 in the same period the following year with this value for 28,951 in the same period in

2006. For the same time periods the number of Sanitary Units that offered these services passed from 15 to 32 and then on to 55. In April of 2007, there were already registered in the country more than 57,000 people receiving the TAR and more than 120 Health Units with the capacity to carry out these activities.

In 2006 the Health Ministry started a new policy of expansion to the access of the TAR which gives priority, on one hand to the decentralization and on the other hand to the integration of the different services of Sanitary Facilities, in which it tried to make it accessible in different national contexts, as well as optimize its already existing resources.

In this research a descriptive vision and the different outlooks by witnesses, of activities to carry out, are presented by a determined structure to successfully achieve this complex mission of great magnitude.

Key Words: Mozambique, access, expansion, decentralization, integration.

Lo que se ha hecho y cómo ha sido hecho

Mozambique, al igual que la mayoría de los países del cono sur de África, se encuentra severamente afectado por la epidemia del VIH y el SIDA. La prevalencia de la infección por el VIH en Mozambique fue estimada en un 16,2% de la población adulta en el año 2004 (1). En 2003, el Gobierno de Mozambique ratificó el plan nacional de tratamiento y atención a los enfermos del SIDA y el año siguiente, el Ministerio de Salud Pública elaboró el Plan Estratégico Nacional contra el VIH y el SIDA, que preveía el incremento de las Unidades Sanitarias con capacidad para ofrecer atención a enfermos con SIDA. Dicho plan tuvo el apoyo del Gobierno de Mozambique, a la vez que contó con el apoyo financiero del Gobierno de los Estados Unidos de América a través de los fondos PEPFAR (*President Emergency Plan for AIDS and Relief*), del Fondo Global para el VIH y el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial.

Con el incremento de la disponibilidad de fondos internacionales destinados a la atención a enfermos de SIDA, comienzan a aparecer en Mozambique los primeros servicios destinados a dar respuesta a la insostenible demanda del Tratamiento Antirretroviral (TAR).

El acceso al TAR en Mozambique pasó de beneficiar a 4.182 personas en Julio de 2004 a 13.369 en el mismo período del año siguiente, y luego, a 28.951 personas en Julio de 2006. Y para los mismos períodos, el número de Unidades Sanitarias con capacidad y que ofrecían este tipo de cuidados pasó de 15 a 32 y luego a 55 US. En Abril de 2007 ya había registradas en el país más de 57.000 personas recibiendo el tratamiento antirretroviral, de las 74.500 previstas en los planes gubernamentales para esa fecha (2), en más de 180 unidades asistenciales, lo cual representa un incremento que supera las metas gubernamentales establecidas para el año 2008, que preveía la provisión del TAR en 129 Unidades Sanitarias en todo el país (2).

Este crecimiento significó a la vez un cambio radical en la tendencia de distribución geográfica del acceso al TAR en el país, pues hasta Diciembre de 2005, las zonas urbanas y ciudades cabeceras de provincias concentraban casi la totalidad de las Unidades Sanitarias con capacidad para proveer dichos servicios y, sin embargo, en Octubre de 2006, 90 de las 120 Unidades Sanitarias que ofrecían los servicios de TAR se localizaban en zonas rurales y, en consecuencia, la ciudad de Maputo, capital del país, pasó de concentrar el 63,7% (n=19,736) de las personas en TAR en Enero de 2006 al 44,6% (n=37.133) del total en Octubre de 2006.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PRIMEROS SERVICIOS DE TAR

Tres elementos caracterizan los primeros servicios destinados al TAR establecidos en Mozambique:

- Las primeras Unidades Sanitarias destinadas a la atención al enfermo con SIDA denominadas Hospitales de Día (HdD), tenían una localización urbana, siendo la mayor concentración de ellos en la ciudad de Maputo y las capitales provinciales, lo que tuvo como principal implicación una inequidad en el acceso a los tratamientos, en un país ya marcado por graves inequidades en la distribución de los recursos entre las diferentes regiones.
- Los primeros Hospitales de Día fueron establecidos, mantenidos y gestionados por ONGs internacionales con buen nivel de solvencia financiera, lo cual permitió el establecimiento de niveles de excelencia en la atención integral al paciente de SIDA, lo que, sin embargo, representa un modelo insostenible para el Sistema Nacional de Salud e incapaz de ser replicado a gran escala a lo largo del país, por lo que el país continuaba sin modelo que le permitiera desencadenar una respuesta factible y sostenible a lo largo del tiempo a la severa y generalizada epidemia de infección por el VIH y el SIDA.
- Los primeros Hospitales de Día fueron establecidos en un momento en que la mayoría de los gobiernos africanos no podían plantearse el asumir la responsabilidad de la atención a los enfermos con SIDA, por lo que la débil intervención del Estado en ese aspecto dio lugar a que los Hospitales de Día no se encontraran debidamente integrados en las Unidades Sanitarias de Referencia a que se encontraban adyacentes, y la ausencia de un vínculo más estrecho con el Sistema Nacional de Sanidad,

determinó, por su parte, que la estrategia del TAR funcionara como un Sistema de atención en salud paralelo al Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, que el tratamiento a enfermos con SIDA fuera visto como *asunto* de ONGs Internacionales y, en última instancia, que no hubiera una apropiación de la actividad por los técnicos locales, lo cual impidió que hubiera una transferencia del *know how* traído por los técnicos extranjeros con más experiencia en el manejo de los antirretrovirales y la correspondiente apropiación de éstos por los profesionales locales.

LA EXPANSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

La política de expansión de los servicios del TAR actualmente en vigor en el Ministerio de Sanidad de Mozambique está orientada esencialmente a la descentralización de los servicios hacia las zonas periféricas y a la integración de los diferentes componentes de atención, que incluye tanto los preventivos como los asistenciales, a la vez que vincula los programas que inicialmente han tenido en su concepción un enfoque vertical, como es el caso del programa de la Tuberculosis, el de las Infecciones de Transmisión Sexual, la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y el de Asesoramiento y Examen Voluntario del VIH, así como la integración de la atención a los enfermos con SIDA al flujo normal de las Estructuras Sanitarias. Esta medida pretende entre otros fines contribuir a la reducción del estigma de que es víctima el enfermo con SIDA y a la optimización en el uso de los recursos tanto humanos como materiales en las unidades sanitarias, lo que puede tener impacto en el incremento de la eficiencia de todo el Sistema.

Cómo ha sido hecha

Para que se pudieran alcanzar los objetivos perseguidos por esa política, se han tenido que someter a revisión las normas y los procedimientos que llevaron a la introducción de cambios innovadores en las directrices que regulan el desarrollo de estas actividades. De entre estos cambios, se destaca los siguientes:

- La creación de la figura del Coordinador Provincial para el VIH/SIDA, Malaria, Tuberculosis a nivel de las provincias, en quien recae la responsabilidad por la implementación de actividades correspondientes a los Programas de HIV y el SIDA, la Malaria, la Tuberculosis, las ETS y la Lepra. La contribución del Coordinador Provincial ha jugado un rol que ha llevado al éxito observado.
- La simplificación de los requerimientos para el establecimiento de los servicios aptos para el inicio del tratamiento antirretroviral y en el nivel de prescripción de algunos fármacos, lo cual, como respuesta a la grave escasez de personal médico, ha llevado a que fuera delegada a los técnicos de Medicina (asistente médico) la responsabilidad de la prescripción de la primera línea de los antirretrovirales y el seguimiento clínico de los enfermos en tratamiento con antirretrovirales, tareas que eran hasta la fecha responsabilidad exclusiva del médico; y, paralelamente a ello, la capacitación de unidades sanitarias periféricas y rurales para la provisión del TAR como modo de tornar accesible el TAR a todos los segmentos de la sociedad, incluyendo los más apartados y desfavorecidos.

- La capacitación masiva del personal sanitario con perfil clínico en el manejo de los antirretrovirales y de las infecciones oportunistas.
- La formación de los equipos para la gestión de las unidades sanitarias capacitadas para la provisión de los antirretrovirales.
- La capacitación de un elevado número del personal de enfermería y de consulta en el diagnóstico y manejo de las principales y más comunes infecciones oportunistas en enfermos con SIDA.

El traspase al técnico de Medicina de la responsabilidad de la prescripción de los ARVs y el seguimiento clínico del enfermo de SIDA es, entre todas las demás, la medida que mayor impacto tuvo en la política de expansión del TAR. Esta medida ha permitido el establecimiento de un modelo de provisión de los antirretrovirales que es sostenible y ampliamente replicable por todo el país, fenómeno asociado a la mayor disponibilidad del técnico de Medicina en las Unidades Sanitarias y a la superioridad numérica de esa categoría profesional con respecto a la del médico.

Dentro de esa estrategia, durante el año 2006 fueron capacitados en la gestión de los antirretrovirales casi la totalidad de los médicos de clínica y más de 330 técnicos de Medicina. En apoyo a esta estrategia, están igualmente mereciendo especial atención otras áreas de actividades, entre las que destaca la expansión de la red de laboratorios y la mejora de su capacidad para la realización de conteo de células CD4 y de análisis de Bioquímica y de Hematología a escala de las Ciudades Capitales Provinciales y en Hospitales Rurales de Referencia; la mejora de la capacidad para la logística y gestión de los medicamentos, con mayor énfasis para los antirretrovirales y los de las infecciones oportunistas; la mejora de la capacidad para el seguimiento y la evaluación de las actividades mediante el desarrollo e implementación de un sistema de registro unificado para la agregación mensual de los datos a nivel de las unidades sanitarias y de apoyo psicosocial para la adherencia, entre otras.

Características de los nuevos servicios para la Terapia Antirretroviral y las ventajas e importancia del liderazgo asumido por el Ministerio de Salud Pública en la expansión de la Terapia Antirretroviral en Mozambique

La meta prevista por el Ministerio de Sanidad para la expansión del TAR prevé la inclusión de más de 55.000 personas, que inician el tratamiento en 2007, de modo que para finales de 2007 el número global de personas en tratamiento antirretroviral alcance los 95.000 personas.

El liderazgo asumido por el Ministerio de Sanidad en la expansión de la terapia antirretroviral constituye uno de los elementos claves que ha permitido el salto observado durante el año 2006 y que ha consistido en la capacitación y la apertura de 98 nuevas US para la terapia antirretroviral y, paralelamente, la mayoría de esas US han sido capacitadas y abiertas sin el apoyo directo de alguna ONG internacional, del mismo modo que su gestión corresponde en su totalidad al Sistema Nacional de Sanidad.

El éxito observado en esa intervención, por un lado marcó un cambio significativo en la concepción que hasta la fecha había prevalecido entre el personal sanitario, según la cual las ONGs internacionales eran las responsables de proveer del TAR, del mismo modo que su gestión correspondía en

exclusividad a ellas y, por otro lado, ese viraje contribuyó a la elevación de la moral y de la autoconfianza del personal nacional. Y el hecho de que el Ministerio de Sanidad diera a conocer su agenda y sus objetivos a las diferentes organizaciones de cooperación con las que trabaja, ha permitido una mayor claridad en la definición de objetivos comunes y en el diseño de acciones conjuntas, lo cual ha tenido efectos sinérgicos.

Dichos resultados indican igualmente que, pese a que el Ministerio de Sanidad sea una estructura compleja y de gran magnitud y complejidad, lo que la hace lenta y burocratizada, a la vez que la hace depender de un número ilimitado de personal difícil de reunir y de mantener, sin embargo, es también la única institución que goza de suficiente credibilidad, legitimidad y estabilidad, elementos que le permiten tener opciones para reunir fondos y otros recursos, lo que le convierte en la única institución capaz de ofrecer servicios con un enfoque más abarcador a escala nacional que incluya las regiones geográficamente más aisladas y las poblaciones menos favorecidas y con capacidad de mantenerlo por un tiempo indefinido.

Los retos para la expansión del TAR en Mozambique

Pero las nuevas US con TAR también se caracterizan por tener un número pequeño de personal clínico y de apoyo en relación con la carga de trabajo que tienen que soportar y, de modo general, el personal se encuentra insuficientemente preparado desde el punto de vista técnico para la complejidad de la tarea que le corresponde, hecho que da lugar a la necesidad de una supervisión técnica más sistemática y específica.

Por otro lado, diferentes factores, entre ellos los bajos sueldos y la falta de incentivos, la ausencia de expectativas de progresión profesional, la pobreza en el equipamiento de las USs afectan negativamente la moral de los trabajadores, a la vez que juegan un papel crucial en la progresiva degradación de los servicios que se ofrecen, lo cual resulta incompatible con el nivel de rigor que requiere la atención a enfermos de SIDA y el tratamiento antirretroviral.

Las nuevas US con TAR se encuentran ubicadas en zonas rurales y remotas y de difícil acceso, situación que se deteriora aún más en las estaciones lluviosas, por el precario estado de las vías de comunicaciones, por el elevado nivel de pobreza de la población, lo cual tiene efecto en su pobre estado nutricional, por la elevada prevalencia de otras patologías, entre las que destacan las intestinales, las respiratorias, diversas parasitosis; por la falta de agua potable; por el escaso nivel de información; por los hábitos y prácticas higiénicas inadecuados; por el entorno sociocultural complejo y la ausencia de redes sociales sólidas, y por la fragilidad de las organizaciones comunitarias.

La amplia dispersión que caracteriza a la población rural de Mozambique, las grandes distancias que separan sus residencias de las Unidades Sanitarias, la incapacidad de sostener los costes relacionados con el desplazamiento hacia las Unidades Sanitarias, la ausencia de un sistema de transporte público, son algunos entre los principales elementos que aumentan la complejidad de la expansión del acceso al TAR en Mozambique, a la vez que disminuyen sus beneficios, sobre todo entre las poblaciones menos favorecidas.

Las principales barreras para la expansión del acceso al TAR en Mozambique se pueden agrupar en diferentes categorías, no obstante, las fronteras entre una categoría y otra no son rígidas, habiendo por ello amplias zonas de interfases.

- **Factores políticos:** este apartado abarca un amplio abanico de fenómenos que van desde las prioridades que define el gobierno, los compromisos y el liderazgo que éste asume, la voluntad que pueda desempeñar y manifestar, el miedo, el silencio, la negación, la información, la educación, la divulgación, la coordinación, la competencia entre diferentes prioridades, la implementación de los programas, la burocracia, y aún se extienden a cuestiones como las infraestructuras (unidades sanitarias, laboratorios y personal sanitario), la capacidad de atención: el número de pacientes que acude y es atendido por día en las US, el *ratio* paciente/proveedor, el tiempo de espera.
- **Factores sociales:** abarca elementos dinámicos como el género, la casa y la familia, los amigos y compañeros, e incluye la interdependencia: niños menores, etc., y se extiende a los prejuicios, el estigma y la discriminación, la intolerancia, los juicios, los mitos y creencias, la sumisión, la charlatanería, que abarca a los curanderos, y la medicina tradicional o autóctona, y se manifiesta a través de pretensión de conocimientos que integran el VIH y el SIDA y, por último, las condiciones de pobreza.
- **Factores individuales:** que comienzan por los conocimientos y la habilidad de los proveedores de salud en materia del VIH; la aversión de las personas portadoras del VIH que se manifiesta a través del miedo, la vergüenza, la negación, el escepticismo, la pasividad; y otros aspectos de orden psicológico, como la postergación, el miedo, la vergüenza, la negación, la aversión, la negligencia, la pasividad, el silencio, entre otros, que llevan a que la persona no se haga el examen del VIH, y a éstos se añaden otros caracterizados por la ignorancia: la información, la educación, la comunicación, la divulgación, la equivocación, la negación, el escepticismo y, por último, otros aspectos de orden más bien económicos que tienen implicación en los costes relacionados con el desplazamiento y el transporte, algunas medicaciones, el alimento y el agua, que van a impedir el acceso a los antirretrovirales, aunque se haya hecho el examen del VIH y se sea candidato para el TAR.

Consideraciones preliminares

Pese al rápido crecimiento observado en el acceso a los tratamientos antirretrovirales en Mozambique, el número de personas que se puede beneficiar de estos servicios representa aún una pequeña minoría y esa situación se mantendrá inalterada aún por un tiempo; en contrapartida, gran parte de las más de 260.000 (2) personas que en Mozambique a fecha de hoy necesitan urgentemente tratamiento y no pueden acceder a él, deberán morir en un futuro inmediato.

Consideraciones finales

Lo que debe hacerse para aumentar los beneficios de la Expansión del TAR en Mozambique

Con el correr de los años, a medida que el número de personas que reciben el TAR en Mozambique siga creciendo, también crecerá la proporción de los casos complicados de gestionar, ya sea a causa de los efectos colaterales asociados a la medicación y la aparición de resistencia a las líneas terapéuticas, lo que podrá abrir más espacio para fallas, por lo que, para que se pueda garantizar que de los esfuerzos realizados hasta ahora se obtengan los mayores beneficios, será imprescindible que se preste la debida atención a las principales dificultades ya identificadas, a la vez que sean incrementadas las investigaciones operacionales y se mantenga la apertura necesaria para dar lugar a las nuevas evidencias.

Asimismo, será imprescindible que todos los sectores de la Sociedad sean implicados en la respuesta a la crisis de la infección por VIH y la Comunidad sea informada sobre la disponibilidad de los servicios y sea sensibilizada sobre las ventajas de su uso e implicación en su gestión, con lo que se podrá garantizar su sostenibilidad.

Correspondencia para el autor:

Florindo Mudender
Ministerio da Saúde
Direcção Nacional Assistência Médica
CP: 264 - Maptuto, Mozambique
e-mail: mudender@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. *Impacto demografico do HIV/SIDA em Moçambique*. (Actualização). Instituto Nacional de Estatística. Maputo, Mozambique. 2002.
2. *Plano Estrategico Nacional de Combate às ITS, HIV e SIDA do Sector da Saúde 2004-2008*. Ministerio da Saúde, Moçambique. Maputo Maio de 2004

Protocolo

Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España

Propuesta del Grupo de Trabajo de Expertos en Tuberculosis y del Grupo de Trabajo de Comunidades

Propuesta presentada y aceptada por la Comisión de Salud Pública celebrada el 15 de Noviembre de 2007

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS

Sociedades científicas:

- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)
- Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP)
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Comunidades autónomas:

- Generalidad de Cataluña.
- Junta de Galicia.
- Generalidad Valenciana.

Ministerio de Sanidad y Consumo:

- Dirección General de Salud Pública:
 - Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
 - Secretaría del Plan Nacional del SIDA.
- Instituto de Salud Carlos III:
 - Centro Nacional de Epidemiología (CNE),
 - Centro Nacional de Microbiología (CNM).

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidades autónomas:

- Junta de Andalucía
- Diputación General de Aragón
- Principado de Asturias
- Comunidad Autónoma y Gobierno de las Islas Baleares
- Gobierno de Canarias
- Diputación Regional de Cantabria
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
- Junta de Castilla y León
- Generalidad de Cataluña
- Generalidad Valenciana
- Junta de Extremadura
- Junta de Galicia
- Comunidad de Madrid
- Región de Murcia
- Gobierno Foral de Navarra

- Gobierno Vasco
- Comunidad Autónoma de La Rioja
- Ciudad de Ceuta
- Ciudad Autónoma de Melilla

Ministerio del Interior:

- Dirección General de Instituciones Penitenciarias

Ministerio de Sanidad y Consumo:

- Dirección General de Salud Pública:
 - Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).
- Instituto de Salud Carlos III:
 - Centro Nacional de Epidemiología (CNE),
 - Centro Nacional de Microbiología (CNM).

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es un problema importante de Salud Pública. Según información obtenida por EuroTB de 32 países (Unión Europea más países del Este), la tasa media de notificación en 2005 fue de 18/100.000, con tasas menores de 10/100.000 en 15 países y mayores de 25/100.000 en 6 países.

En España, en el año 2005, según datos aportados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la tasa global de TB ha sido de 18,02 casos/100.000 habitantes, siendo de 15,83 casos/100.000 habitantes para la TB pulmonar. La evolución de la TB respiratoria en nuestro país sigue una tendencia descendente desde 1999 hasta 2004, observándose una tendencia a la estabilización desde entonces, según datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y del Sistema de Información Microbiológica (SIM). Se detecta una gran variabilidad en las tasas de TB por Comunidad Autónoma, si bien en los últimos años se ha producido una importante mejora en la notificación de la enfermedad. No obstante, es posible la existencia de infradeclaración a nivel global, ya que la OMS estima para España (2005) una incidencia global de TB de 27 casos/100.000 habitantes.

La Dirección General de Salud Pública constituyó un grupo de trabajo integrado por las Comunidades Autónomas (GT de CCAA), en Enero de 2007, en el que se realizó una revisión de la situación del programa de control de TB. En dicha reunión se observó que los programas de control de TB se encuentran en distintas fases de desarrollo y con marcadas diferencias en algunos aspectos.

De forma paralela, y en coordinación con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se constituyó otro grupo, en Junio de 2007, en el que se han integrado las Sociedades Científicas involucradas en el control de la TB, el Instituto de Salud Carlos III y algunas CCAA. El objetivo de este grupo ha sido elaborar una propuesta con los criterios básicos que deberían cumplir los programas implantados o que se vayan a implantar a nivel de todo el Estado para el control de la TB en cuanto a los siguientes aspectos:

- 1) Detección precoz y diagnóstico.
- 2) Tratamiento.
- 3) Vigilancia.
- 4) Estudio de contactos.

DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA

En la actualidad existe un importante retraso diagnóstico, considerándose prioritario reducirlo a menos de un mes. En este sentido se considera necesario, entre otras medidas, poner en marcha sistemas de sensibilización de los profesionales de Atención Primaria y de la población general.

Se deberá elaborar un protocolo con las medidas de aislamiento adecuadas para cada caso de TB.

Los criterios básicos en cuanto a detección precoz y diagnóstico de enfermedad tuberculosa figuran a continuación.

Búsqueda de casos de enfermedad tuberculosa

- Realizar evaluación diagnóstica de TB a todas las personas que acuden a consulta espontáneamente por presentar tos y/o expectoración durante dos semanas o más de duración, sin otra causa conocida.

- Incrementar la sospecha diagnóstica de enfermedad tuberculosa en grupos de población de especial riesgo.
- Realizar búsqueda activa de casos entre los contactos de enfermos tuberculosos (en especial, de los bacilíferos).

Pruebas diagnósticas que se deben realizar a todas las personas sospechosas de enfermedad tuberculosa

Las pruebas básicas para el diagnóstico de enfermedad tuberculosa son la radiografía de tórax y el examen microbiológico. En algunos casos concretos, como en los niños, la prueba de la tuberculina también puede ofrecer una información importante. A todos los enfermos sospechosos se les deben realizar estas pruebas en menos de 48 horas.

La Administración Sanitaria deberá facilitar el acceso a estas pruebas (radiografía de tórax, baciloscopia y prueba de la tuberculina) desde todos los niveles de atención sanitaria y en un tiempo adecuado.

1. Radiografía de tórax. Es fundamental en el diagnóstico de enfermedad tuberculosa pulmonar aunque no existe ningún signo patognomónico de la misma. Una radiografía de tórax normal descarta TB en más del 95% de los adultos inmunocompetentes. Es una prueba muy sensible pero poco específica, por lo que requiere la utilización de otras pruebas complementarias para diagnóstico.

2. Examen microbiológico

a) *Baciloscopias seriadas de esputo.* Actualmente es el procedimiento más simple, barato y rápido para proporcionar al profesional clínico una orientación diagnóstica preliminar. Se deben recoger al menos tres muestras en tres días distintos. Más del 95% de los casos sospechosos de TB con baciloscopia positiva se corresponden con esta enfermedad, por lo que ante la positividad de la prueba se recomienda iniciar tratamiento. Sin embargo, esta prueba, aunque muy específica, tiene una moderada sensibilidad (entre 22-80%, según la localización y forma clínica), por lo que no puede descartar la enfermedad en el caso de que su resultado sea negativo.

b) *Cultivo de esputo y de otras muestras clínicas.* Es necesario cultivar todas las muestras, ya que el cultivo aporta mayor sensibilidad y especificidad, además de permitir la identificación del agente causal y la realización de las pruebas de sensibilidad a antimicrobianos.

La rentabilidad del esputo es menor en niños, tanto para baciloscopia como para cultivo, sobre todo en menores de 5 años. En estos niños se pueden obtener otras muestras alternativas, como lavado gástrico o biopsia de nódulo linfático u otro material de biopsia. Como el cultivo requiere más tiempo (hasta 6 a 8 semanas) que la microscopía, se recomienda comenzar el tratamiento ante un enfermo con baciloscopia positiva.

c) *Identificación de especie.* Se realizará en todo cultivo positivo.

d) *Sensibilidad a antimicrobianos.* En todos los cultivos positivos se realizará de rutina la prueba de sensibilidad a los fármacos de primera línea (isoniacida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida -HRSEZ-).

Las técnicas habituales para el estudio de sensibilidad, incluso en medio líquido, no permiten obtener resultados antes de 2 a 4 semanas. Es necesario ser muy cauteloso en la interpretación de estos resultados.

Existen también técnicas para la realización de pruebas de sensibilidad a fármacos de segunda línea, pero son difíciles de interpretar en muchos casos, por lo que se realizarán en laboratorios de referencia.

3. **Estudio histológico de piezas de biopsia.** La presencia de granulomas con necrosis caseosa es altamente sensible y específica para el diagnóstico de TB, y justifica iniciar tratamiento. Ante la sospecha de TB se debe realizar cultivo microbiológico para confirmación del diagnóstico.
4. **Prueba de la tuberculina.** Esta prueba no debe realizarse como único criterio diagnóstico, sino que su solitud se debe asociar, en caso de que así se requiera, a la de radiología y baciloscopia y cultivo. La prueba de la tuberculina debe realizarse a la población que presente mayor probabilidad de infección o enfermedad tuberculosa, como es el caso de los niños sospechosos y los contactos estrechos de enfermos bacilíferos. En general, no se recomienda en población de bajo riesgo debido a la alta tasa de falsos positivos en este grupo. La interpretación de los resultados de la prueba se hará siguiendo las recomendaciones oficiales internacionales.
5. **Otros métodos diagnósticos,** como los que utilizan la detección de ácido nucleico de microorganismos del complejo *Mycobacterium tuberculosis* en muestras clínicas, se pueden utilizar como apoyo al diagnóstico en los centros que dispongan de ellas. Su resultado se deberá valorar junto con los datos clínicos y el resto de pruebas diagnósticas.

La determinación de interferón gamma (mediante ensayos IGRA, en sus siglas en inglés), realizada a partir de muestras de sangre periférica, ha demostrado ser igualmente sensible y más específica que la prueba de la tuberculina para el diagnóstico de la infección tuberculosa, pero todavía no se han sistematizado los criterios para su utilización.

Se deberá ofrecer la prueba de VIH a todos los enfermos de TB.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

El tratamiento correcto es la mejor medida de control de la TB. Se debería ofrecer tratamiento gratuito a todos los enfermos de tuberculosis en todo el territorio del Estado.

Tratamiento

TB en pacientes que no han sido tratados previamente (casos nuevos)

El tratamiento de la TB en los casos nuevos debe consistir en la utilización de una combinación de fármacos antituberculosos de primera línea durante un tiempo suficiente, administrados simultáneamente y en dosis única. La pauta estándar que se debe utilizar en todos los casos en los que no exista contraindicación para alguno de los fármacos que la componen es

de 2 meses de isoniacida (H), rifampicina (R), piracinamida (Z) y etambutol (E). La fase de continuación consistirá en 4 meses de H y R:

2HRZE+4HR

No obstante, el mismo esquema sin E es posible que siga siendo válido en las CCAA en las que la tasa de resistencia global a H sea menor del 4%.

Los niños presentan, en general, una buena tolerancia al tratamiento, por lo que se deben seguir las mismas recomendaciones que para el adulto, ajustando las dosis farmacológicas al peso. La dosis de E en el niño, especialmente en los menores de 5 años, no debe superar los 20 mg/kg peso al día, siendo la más recomendable los 15 mg/kg peso al día. En cuanto a H, la OMS recomienda una dosificación diaria para los niños de 5 mg/kg de peso (intervalo de 4 a 6 mg/kg de peso) con un máximo de 300 mg al día.

Se recomienda la utilización de los preparados farmacológicos en combinación fija. Actualmente disponemos de preparados que incluyen 4 fármacos (RHZE), 3 fármacos (RHZ) y 2 fármacos (RH).

Todo programa deberá incluir un subprograma de tratamiento directamente observado (TDO) para aplicar a los pacientes en los que, por sus características personales o sociales, se sospechen dificultades para adherirse al tratamiento (indigentes, presos, toxicómanos, etc.), así como a aquellos con TB multirresistente (MDR/XDR).

En situaciones clínicas especiales, como meningitis tuberculosa, enfermedad hepática, renal, embarazo o infección por VIH, puede ser necesaria una modificación de la pauta de tratamiento, que deberá realizar un especialista.

El fracaso del tratamiento, cuando la pauta estándar no logra la negativización del cultivo después de 4 meses de tratamiento, puede indicar incumplimiento del tratamiento o la presencia de cepas con resistencia antimicrobiana, por lo que estos casos deben ser valorados por expertos.

Personas que han recibido previamente tratamiento frente a TB (retratamiento)

Todos los casos que han sido previamente tratados deben recibir tratamiento y ser controlados por profesionales expertos de referencia en TB, que deberán ser designados en cada CCAA.

Seguimiento

El objetivo para realizar seguimiento del tratamiento es controlar el cumplimiento del mismo y evaluar su eficacia, así como la identificación y manejo de los efectos secundarios al tratamiento antituberculoso.

Para ello se debe establecer un número fijo de visitas que será necesario realizar. Éstas serán, como mínimo, a los 15 días, al mes, y en los meses 2º, 4º y 6º del inicio del tratamiento. Los profesionales sanitarios y los servicios de salud pública deberán vigilar la asistencia a todas las visitas, contactando con los pacientes en caso de no asistencia.

En estas visitas se deben realizar los controles bacteriológicos, clínicos, analíticos y radiológicos que se consideren necesarios en cada una de ellas, así como motivar a los pacientes para que mantengan el cumplimiento hasta su finalización.

Se deberá registrar la composición del tratamiento administrado al paciente, los resultados de los controles realizados y el resultado final.

Se deberá elaborar un protocolo que recoja la base legal para la puesta en marcha de las medidas especiales, en materia de salud pública, en aquellos casos en los que no se acepte realizar el tratamiento antituberculoso.

Resultados del tratamiento

Es importante recoger el resultado al final del tratamiento de acuerdo con las categorías establecidas por los organismos internacionales y que figuran en el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

La vigilancia de la TB está regulada por el Real Decreto 2210/1995 que creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), desarrollado posteriormente en los Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y en la normativa específica de las CCAA.

Con el objetivo de mejorar el control de la TB, se debe fortalecer el sistema de vigilancia actual mediante la creación de un registro nacional. Este registro permitirá mejorar la recogida y análisis de la información ante nuevos casos y brotes, incluyendo información microbiológica y de resistencias antimicrobianas, integrando la información procedente de los diversos sistemas.

Definición de caso de tuberculosis

La definición vigente en la actualidad es la incluida en el Protocolo de vigilancia (<http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/modificacion-protocolo-TBC.pdf>).

La nueva definición propuesta por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), pendiente de su aprobación en el Comité de la Red Europea, es la siguiente:

Criterios clínicos

Se considera caso de TB cualquier persona que cumpla los dos requisitos siguientes:

- Signos, síntomas y/o hallazgos radiológicos consistentes con TB activa de cualquier localización, y
- Prescripción de un curso completo de tratamiento antituberculoso.

O bien:

Un caso diagnosticado post-mortem con hallazgos patológicos consistentes con TB activa que hubieran indicado la necesidad de un tratamiento antituberculoso si se hubiera diagnosticado antes del fallecimiento.

Criterios de laboratorio

Criterios de caso confirmado:

Al menos uno de los dos siguientes:

1. Aislamiento en cultivo de un microorganismo del complejo *M. tuberculosis* (excluyendo *Mycobacterium bovis*-BCG) de una muestra clínica.
2. Detección de ácido nucleico de un microorganismo del complejo *M. tuberculosis* en una muestra clínica,

Y

Observación de bacilos ácido-alcohol resistentes por microscopía o técnica equivalente.

Criterios de caso probable:

Al menos uno de los tres siguientes:

1. Observación de bacilos ácido-alcohol resistentes por microscopía o técnica equivalente.
2. Detección de ácido nucleico de un microorganismo del complejo *M. tuberculosis* en una muestra clínica.
3. Aspecto histológico de granuloma.

Clasificación de los casos

- a) **Caso posible o sospechoso:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos.
- b) **Caso probable:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y de laboratorio para caso probable.
- c) **Caso confirmado:** cualquier persona que cumpla los criterios clínicos y los de laboratorio para caso confirmado.

Se mantienen las definiciones referentes a caso nuevo, caso tratado previamente, TB pulmonar (casos bacilíferos y no bacilíferos) y TB extrapulmonar que aparecen en el Protocolo de vigilancia, previamente referenciado. Se deberá incluir una definición de caso importado (GT de CCAA).

Se establecerán criterios para la definición y notificación de los casos importados en consonancia con lo que se defina en la Red Europea.

Notificación de los casos de TB

Todos los casos de TB que cumplan cualquiera de las tres definiciones de sospechoso, probable o confirmado se deberán notificar de forma obligatoria.

Ningún caso previamente tratado será declarado de nuevo si no han pasado al menos 12 meses desde la última vez que recibió tratamiento completo antituberculoso.

El profesional clínico realizará la notificación tan pronto como sea posible dentro de la primera semana del diagnóstico, especialmente en los casos contagiosos.

Con el fin de obtener información integrada e individualizada, los casos nuevos se incorporarán al registro nacional de TB.

Variables específicas imprescindibles de las que se debe obtener información para cada caso de TB

Además de las variables comunes que se recogen en todas las enfermedades de declaración obligatoria (edad, sexo, Comunidad Autónoma, semana de declaración, etc), se deberán recoger las siguientes variables específicas:

1. **Clasificación de caso** (sospechoso, probable, confirmado).
2. **Fecha de inicio de tratamiento.**
3. **Fecha de inicio de síntomas.**
4. **País de origen del caso** (país de nacimiento).
5. **Fecha de llegada a España.**
6. **Tipo de caso, según antecedentes de tratamiento previo** (nuevo; previamente tratado).
7. **Localización fundamental de la enfermedad** (pulmonar; pleural; linfática; osteoarticular; meningitis tuberculosa; SNC excepto meningitis tuberculosa; genitourinaria; digestiva; diseminada; otras localizaciones).
8. **Localización adicional de la enfermedad**, si procede.
9. **Resultados de baciloscopia** (positiva; negativa; no realizada, desconocida).
10. **Resultados de cultivo** (positivo; negativo; contaminado, no realizado, desconocido).

11. **Identificación del microorganismo** (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, complejo *M. tuberculosis*, *M. caneti*, no realizada).
12. **Otras pruebas realizadas** (histología -positiva, negativa, no realizada, desconocida; detección de ácido nucleico -positiva, negativa, no realizada, desconocida).
13. **Fármacos prescritos en el tratamiento** (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomycin, otros) y pauta.
14. **Antibiograma** (realizado, no realizado, desconocido).
15. **Resistente a alguno de los 5 fármacos de primera línea** (sí; especificar; no, desconocido).
16. **Presencia de anticuerpos VIH** (sí; no; no realizado, desconocido).
17. **Estudio de contactos realizado** (sí; no; no indicado; imposible de realizar; desconocido).
18. **Resultados de tratamiento** (Curación; Tratamiento completo; Fracaso terapéutico; Traslado; Abandono; Muerte -por TB, por otras causas-; Otro, no evaluado: tratamiento prolongado por complicaciones, régimen inicial con duración mayor de 12 meses, sin información disponible).

Categorías de finalización del tratamiento

El seguimiento de los resultados a los 12 meses de haberse iniciado el tratamiento se basa en siete categorías con definiciones estandarizadas y mutuamente excluyentes, recogidas en el Protocolo actual de vigilancia.

La recogida de esta información es muy importante, tanto a nivel local como estatal, puesto que es un indicador para evaluar la calidad de la intervención de los Programas de Control de TB.

Los profesionales sanitarios deberán actualizar de forma sistemática esta información en el registro.

Se elaborará un protocolo para vigilancia, seguimiento y finalización del tratamiento.

Vigilancia de brotes de TB

La vigilancia epidemiológica de los brotes de TB sirve para valorar la efectividad de las medidas de control, además de proporcionar información útil sobre los mecanismos de transmisión. En el protocolo actual de vigilancia se define como brote la aparición de uno o más casos de TB a partir del primer caso detectado y se establece la notificación del mismo.

Todo brote debe ser declarado a las autoridades sanitarias locales y, dentro de un período de tres meses desde su finalización, se remitirá al nivel nacional un informe de brote con datos complementarios. La información sobre los brotes se actualizará periódicamente a nivel nacional.

Todo caso de TB en un niño puede ser indicativo de la existencia de un brote, por lo que se deberá realizar la investigación oportuna.

Las técnicas de epidemiología molecular facilitan la información genética imprescindible para el estudio de brotes y resultan de gran utilidad para descartar falsos positivos por, entre otros, posibles contaminaciones de laboratorio. Su utilización de forma coordinada resulta de utilidad para la identificación de cepas altamente transmisibles, para completar y validar el estudio de contactos a escala poblacional, así como para el estudio de cepas multirresistentes.

Dada la peculiaridad y carácter diferencial de los brotes de TB en comparación con los notificados de otras enfermedades a la Red Nacional de Vigilancia, se establecerán criterios específicos para la vigilancia y notificación de brotes de esta enfermedad.

Vigilancia de resistencias antimicrobianas

La vigilancia de la TB resistente y multirresistente (MDR) sirve para evaluar y mejorar el manejo de los casos, identificar grupos vulnerables y obtener información útil acerca de la transmisión.

Se considera necesaria la recogida sistemática a nivel nacional de los resultados de las pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos para todas las cepas aisladas de los casos de TB, tanto sensibles como resistentes. Esto deberá realizarse a través del laboratorio de referencia correspondiente, tal como recomiendan los organismos internacionales.

Desde 1998, un grupo de laboratorios participan de forma voluntaria en el estudio de las cepas multirresistentes mediante la aplicación de marcadores epidemiológicos. Con los resultados de este estudio se mantiene una base de datos con los patrones de RFLP de las cepas multirresistentes.

Se deberá fomentar la existencia de una red de laboratorios a nivel nacional. Se integrará en el registro de casos de TB la información de los resultados de sensibilidad antibiótica y, siempre que sea posible del patrón genético de las cepas aisladas junto con las características clínico-epidemiológicas de los casos.

Vigilancia activa de casos

Además de la vigilancia de la TB a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y con el objetivo de recuperar los casos no detectados por éste, es conveniente realizar búsqueda activa de casos a través de otras fuentes complementarias, como los Servicios de Microbiología, las altas hospitalarias, Registros de SIDA y de mortalidad, instituciones penitenciarias, etc. La información de estas fuentes debe cruzarse a nivel local para evitar duplicidades antes de la notificación de los casos al Centro Nacional de Epidemiología.

Indicadores de vigilancia

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de la vigilancia es la monitorización de tendencias a lo largo del tiempo, los indicadores que se utilicen deben ser válidos, comparables y operativos.

Se definirá un panel de indicadores para la adecuada evaluación de los programas de control de TB.

Se utilizará la información de los casos del año 2007 para definir una línea base de partida que permita establecer los objetivos del plan de prevención y control.

ESTUDIO DE CONTACTOS

Todo programa de control de la TB debe profundizar en la realización del estudio de contactos, ya que en el entorno del paciente puede haber otros infectados o enfermos.

En los países con recursos sanitarios adecuados, entre los que se encuentra España, se debería realizar un estudio de contactos en cada caso diagnosticado de TB, siendo prioritario en los casos de TB pulmonar con baciloscopia o cultivo de espu-

to positivo. También se deben estudiar los contactos de los menores de 15 años con prueba de la tuberculina positiva en busca de la fuente de infección, y de los contactos de los conversores recientes de la prueba de tuberculina.

Requisitos para realizar el estudio de contactos

- Los programas de TB deben asumir el estudio de contactos, no sólo a nivel familiar, sino también considerando los contactos laborales, en escuelas, etc.
- Seguir el esquema de los círculos concéntricos para el estudio de contactos, estableciendo prioridades según la probabilidad de infección de TB y los resultados potenciales de esta infección. Existe alta prioridad en la investigación de los contactos en enfermos bacilíferos. Prioridades en el estudio de contactos:
 1. Contactos de alta prioridad
 - personas con contacto estrecho o prolongado (mayor de 6 horas al día);
 - niños menores de 5 años;
 - personas con alteración del sistema inmunitario;
 2. Contactos de prioridad mediana: personas con contacto diario, pero menor de 6 horas.
 3. Contactos de baja prioridad: contacto esporádico (no diario).
- Cada centro asistencial debe conocer sus profesionales expertos de referencia para TB. Los Servicios de Salud Pública coordinarán los estudios de contactos que se realicen tanto en el ámbito asistencial como en colectividades.
- Realizar estudio y seguimiento de los contactos de cada caso de TB, buscando contagios (infectados y enfermos) y casos índice auténticos, realizando un censo en la primera semana tras el diagnóstico del primer caso. Conviene iniciar el estudio de contactos lo antes posible, aprovechando el impacto que produce el diagnóstico de la TB. La máxima rentabilidad se obtendrá en casos bacilíferos (mayor contagiosidad), en niños y en inmunodeprimidos, pero sin olvidar muchos casos con cultivo negativo. Se realizará supervisión de los tratamientos indicados (quimioprofilaxis, tratamiento de la infección latente o de la enfermedad tuberculosa).
- Es necesaria la coordinación entre los centros implicados en el estudio de contactos, los equipos sanitarios que realizan el diagnóstico de TB, y los laboratorios de microbiología (incluyendo laboratorios para estudios de epidemiología molecular).
- Se deberá unificar un formulario para la recogida de información sobre los contactos. Esta información deberá

quedar englobada en una adecuada base de datos. Se realizará una evaluación anual del sistema.

- La incorporación de agentes comunitarios procedentes de entornos socioculturales similares a los enfermos es una herramienta muy útil, tanto para localizar y acercar los servicios sanitarios a los contactos, como para mejorar el cumplimiento terapéutico de los enfermos.
- A partir del conocimiento adquirido con el estudio de contactos sobre el entorno doméstico, social y laboral del caso y de sus contactos, debe valorarse la oportunidad de facilitar a los mismos la derivación a servicios de asistencia social y/o jurídica para poder mejorar sus condiciones de vida. De esta manera se podrá facilitar el cumplimiento y disminuir el riesgo de propagación, recaída o reinfección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Surveillance of Tuberculosis in Europe – EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2005. March 2007. Disponible en: http://www.eurotb.org/rapports/2005/full_report.pdf
2. Global TB database. Disponible en: http://www.who.int/tb/country/global_tb_database/en/print.html
3. "Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children" WHO/HTM/TB/2006.371
4. International Standards for Tuberculosis Care. WHO, 2006.
5. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1992; 98: 24-31.
6. Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. Med Clin 2000; 115(19): 749-757.
7. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE nº 21, 24/1/1996.
8. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. 2ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/proedo00.pdf>
9. Centro Nacional de Epidemiología. Nuevo Protocolo de tuberculosis. Revisión año 2003. <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/modificacion-protocolo-TBC.pdf>
10. Schwoebel V, Lambregts-van Weezenbeek C, Moro M, Drobniewski F, Hoffner S, Raviglione M, Rieder H. Standardization of antituberculosis drug resistance surveillance in Europe. Eur Respir J 2000; 16: 364-371.
11. Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs. WHO/HTM/TB/2004.344
12. Grupo de estudio de contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Documento de consenso sobre el estudio de contactos en los paciente tuberculosos. Med Clin (Barc) 1999; 112: 151-156.
13. Grupo de trabajo del Área TIR de la SEPAR. Normativa sobre prevención y control de la tuberculosis. Arch Bronconeumol 2002; 38(9): 441-451.
14. Prevención y control de las tuberculosis importadas. Med Clin (Barc) 2003; 121 (14): 549-562.
15. Altet Gómez MN, Alcaide Megias J. Control y eliminación de la tuberculosis en España: las estrategias para el siglo XXI. An Pediatr (Barc) 2006; 64(1): 66-73.

Revisión

Sistemas de Clasificación de Pacientes. Revisión conjunta. Parte I

A. I. Fernández¹, J. Carlos Atance², E. Ballester³, R. Magro⁴

¹Hospital de La Zarzuela, Madrid

Responsable de Documentación Clínica Sanitas S.A. Hospitales

²Oficina Provincial de Prestaciones del SESCAM

Jefe de Servicio Inspección Sanitaria SESCAM

³Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa, Glorieta del Ejercito, s/n

Medicina preventiva y Salud pública

⁴Hospital Universitario Guadalajara

Responsable del Servicio de Admisión

RESUMEN

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) surgen en la década de los setenta como consecuencia de la necesidad de medir la casuística de pacientes atendidos, controlar el gasto sanitario y explicar la diversidad de la práctica clínica.

Se basan en la agrupación de pacientes y son los que ofrecen la mejor expresión del producto final hospitalario. Su utilidad varía en función de la finalidad para la cual fueron concebidos y a la aplicación que de ellos se vaya a hacer, así, unos son homogéneos en cuanto a consumo de recursos, otros miden la severidad de los procesos, otros representan patrones deseables de manejo clínico, etc.

Se han desarrollado distintos sistemas de clasificación de pacientes en función de su finalidad. Los Sistemas de Severidad, los SCP de Media y Larga estancia, los SCP Ambulatorios, SCP para hospitalización, siendo el más utilizado en España en pacientes hospitalizados los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.

ABSTRACT

The Patient Classifications Systems, emerge in the seventies, as a result of the need to measure the series of patients, controlling health spending and explain the diversity of clinical practice.

They are based on the grouping of patients, and they offer the best expression of the final product hospital. Their usefulness varies depending on the purpose for which they were conceived and the implementation of them is going to do, so some are homogeneous in terms of resource consumption, others measure the severity of the process, others represent desirable patterns of clinical management, and so on.

Have developed various systems of classifying patients according to their purpose. Systems Severity, PCS Medium and Long-term stay, the Ambulatory PCS, PCS for hospitalization. Being the most widely used in Spain in hospitalized patients with the Diagnosis Related Groups.

INTRODUCCIÓN

El hospital es una empresa de servicio, y como tal, los productos que se generan son muy distintos a los que caracterizan a una empresa industrial. En la empresa industrial parece claro cuál es el producto final, la diferencia con los productos intermedios, la homogeneidad y su tangibilidad, esto lo hace fácilmente medible y comparable. La cuestión que se plantea es ¿qué es lo que produce el hospital?. La respuesta a esta pregunta no parece tan fácil como en el caso anterior (1, 2). El producto de una empresa de servicio, el hospital, es intangible y poco homogéneo, ya que genera tantos productos como pacientes diagnóstica y trata. Este concepto incorpora una de las más importantes dimensiones del producto hospitalario: la tipología de pacientes atendidos, la casuística o el *case-mix* hospitalario.

Dada la amplia y variada tipología de los casos atendidos en un hospital, surgió la necesidad de reducir el número de casos a un número menor, facilitando de esta forma su manejo y utilidad, desarrollándose los sistemas de medición del *case-mix* basados en la agrupación de pacientes o Sistemas de Clasificación de Pacientes. Estos, tienen por objeto la creación de grupos de pacientes homogéneos, en relación con aquellos aspectos que son relevantes desde un punto de vista de la finalidad para la cual han sido concebidos (3, 4).

Otros factores que fueron decisivos en el desarrollo de estos sistemas son:

- La preocupación por parte de las *Professional Standards Review Organizations* (organizaciones médicas independientes, financiadas públicamente y encargadas de velar por la calidad asistencial mediante revisión de utilización), de las grandes variaciones observadas en el consumo de recursos entre diferentes hospitales y la posibilidad de que ello pudiese reflejar problemas de calidad. Estas organizaciones encuentran dos elementos de gran importancia como factores explicativos; por una parte, la diversidad de los casos atendidos (la casuística o *case-mix*) y por otra, la gran diversidad de la práctica médica. Consideraron que la solución pasaba por establecer agrupaciones de pacientes con un nivel similar de servicios requeridos, con el fin de fijar normas de consumo de recursos por casos.
- El importante avance producido en la infraestructura de gestión en los hospitales, como consecuencia de la incorporación de fórmulas de gestión utilizadas en otros sectores productivos, dio una visión distinta a los problemas existentes, y ya no servían las unidades de medidas que se venían utilizando hasta ahora (la estancia media, urgencias que ingresan, número de intervenciones), etc.
- La necesidad de controlar el aumento de gasto sanitario mediante estrategias innovadoras.

A finales de los años sesenta y en la década de los setenta, la Administración norteamericana encarga al equipo encabezado por Fetter y Thompson en la Universidad de Yale, el desarrollo de un Sistema de Clasificación de Pacientes (4) que pudiera ser fácilmente incorporado como base de los sistemas de información hospitalaria.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (SCP)

Los SCP son sistemas de medición de *case-mix*, casuística o tipología de pacientes basados en la agrupación de pacientes, y son los que ofrecen la mejor expresión del producto final hospitalario.

La utilidad de estos sistemas de clasificación varía en función de la finalidad para la cual fueron concebidos y a la aplicación que de ellos se vaya a hacer (2, 5), así, unos son homogéneos en cuanto a consumo de recursos, otros miden la severidad de los procesos, otros representan patrones deseables de manejo clínico, etc. Su empleo, por tanto, no sólo no es autoexcluyente, sino que puede ser complementario.

Dentro de las propiedades que deben reunir los sistemas de clasificación de pacientes destacan:

- Que el producto final generado sea homogéneo en términos de recursos consumidos.
- Que el número de clases finales en que quedan agrupado los casos no sean excesivas, con el objetivo de asegurar la manejabilidad.
- Que la construcción del sistema sea posible desde datos fácilmente disponibles en el hospital (6). A partir de un mínimo de datos.
- Que permitan la participación de los médicos en la gestión del producto final hospitalario.

Los SCP tienen múltiples finalidades, como la gestión y financiación de los centros, la planificación de los servicios, el control de la calidad de la atención prestada, y la planificación de personal necesario, entre otros.

Cualquier sistema de clasificación de pacientes tiene como base un Conjunto Mínimo de Datos que se obtienen del propio episodio asistencial. Este mínimo de información está compuesto por una serie de datos administrativos y clínicos que se pueden obtener de la historia clínica del paciente y, básicamente, del Informe de Alta.

En 1987, en España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud define el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, y establece que tanto los diagnósticos como los procedimientos serán codificados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).

Este mínimo de ítems que requiere cualquier SCP, puede ser ampliable en función de las necesidades y del fin del SCP en el cual se vaya a transformar. Así, vemos cómo varía según la Comunidad Autónoma, y en función de que su aplicación sea para pacientes hospitalizados agudos, crónicos, o pacientes ambulantales.

Una vez disponible el CMBD de cada episodio, existen diferentes "*software*" que permiten agrupar este mínimo de datos en los distintos Sistemas de Clasificación de Pacientes.

A partir del CMBD y de los SCP, podemos obtener una gran cantidad y variedad de información, que estará en función del objetivo del destinatario de la información. Así, por ejemplo, dentro del ámbito hospitalario, podemos conocer los grupos de diagnóstico atendidos, así como la estancia media por grupo de diagnóstico, pero también podemos realizar comparaciones entre centros, entre servicios clínicos y entre grupos de diagnósticos. En el ámbito de cada Servicio, el sistema de clasificación de pacientes permite un conocimiento de la casuística atendida y el seguimiento de evolución de la misma a través del tiempo.

Se han desarrollado distintos sistemas de clasificación de pacientes en función de su finalidad. Los *Sistemas de Severidad* (7-11), APACHE II, *Disease Staging*, *Patient Management Categories* (PMC), los *SCP de Media y Larga estancia* (12, 13), Grupos de Utilización de Recursos (RUG), los *SCP Ambulatorios* (14, 15), *Diagnosis Clusters* (DC), *Ambulatory Visit Groups* (AVG), *Ambulatory Patient Groups* (APG), *Products of Ambulatory Care* (PAC), *Products of Ambulatory Surgery* (PAS) y *Ambulatory Care Groups* (ACG). *SCP para hospitalización* (16), Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), siendo éste el SCP más extendido actualmente en España.

A continuación se describen los SCP desarrollados para la actividad hospitalaria; los SCP desarrollados para la actividad ambulatoria, serán objeto de descripción en la segunda parte de este artículo.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

El sistema de clasificación de pacientes más utilizado en España en pacientes hospitalizados son los Grupos Relacionados con el Diagnósticos.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs)

Existen tres versiones principales de GRDs:

1. Los GRDs básicos. Los utiliza la *Health Care Financing Administration* (HCFA) de los Estados Unidos para el pago de la atención hospitalaria de los beneficiarios de Medicare.

2. Los *All Patient* GRDs. Son una ampliación de los GRDs básicos, que permite describir a grupos de pacientes más amplios que los incluidos en Medicare, como a los pacientes pediátricos.
3. Los GRDs Refinados (GRDR). Incorporan a los AP-GRDs distintos grados de severidad, basándose en las complicaciones y comorbilidades.

El diseño y desarrollo de los GRDs comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale por Fetter y Thompson (4), y la primera aplicación a gran escala fue a finales de los años setenta en el departamento de Sanidad del Estado de Nueva Jersey, como base para un sistema de pago prospectivo, en el cual se reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica por cada GRD y por cada paciente tratado. Posteriormente, en 1983, el congreso modificó la Ley de Seguridad Social para dar cabida a un sistema nacional de pago prospectivo a los hospitales y para todos los pacientes de Medicare. Su uso como unidad básica de pago en el sistema de financiación hospitalaria de Medicare es el reconocimiento del papel fundamental que juega el *case-mix* o casuística de un hospital a la hora de determinar sus costes.

Los GRDs se desarrollaron, por tanto, como un sistema de clasificación de pacientes que debía reunir las siguientes características:

1. Las características del paciente utilizadas en la definición de los GRDs debía limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital.
2. Debía tener un número manejable de GRDs que englobara a todos los pacientes en hospitalización.
3. Cada GRD debía contener pacientes con un patrón similar de consumo de recursos; de esta forma se podría establecer una relación entre el *case-mix* del hospital y los recursos que consumen.
4. Cada GRD debía contener pacientes similares desde un punto de vista clínico (es decir, que cada grupo debía ser clínicamente coherente).

El proceso de formación de los GRDs (16) originales, comenzó con la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 23 *Categorías Diagnósticas Mayores* (CDMs) mutuamente excluyentes. Las Categorías Diagnósticas Mayores fueron establecidas por paneles de médicos como un primer paso para asegurar la coherencia clínica de los GRDs. Una vez definidas las CDMs, se evaluó cada una de ellas para identificar las características adicionales de los pacientes que podrían tener un efecto consistente en el consumo de recursos hospitalarios. Y así, la existencia de procedimientos quirúrgicos que precisaran el uso del quirófano, tenía un efecto sobre el consumo de recursos, por tanto, la mayoría de las CDMs se dividieron inicialmente en grupos médicos y quirúrgicos.

Una vez que cada CDM se había dividido en grupos médicos y quirúrgicos, los pacientes quirúrgicos se definían de forma más precisa, basándose en el procedimiento quirúrgico concreto practicado, mientras que los pacientes médicos se definían con más exactitud según el diagnóstico principal por el que se les había ingresado en el hospital.

Una vez formados los grupos médicos y quirúrgicos de cada CDM, cada grupo de pacientes se evaluó para determinar si la existencia de complicaciones, comorbilidades o la edad del paciente podrían afectar de forma consistente al consumo de recursos hospitalarios.

Posteriormente, en 1987 se aprobó que los GRDs fueran

utilizados como sistema de pago prospectivo también para todos los pacientes que no perteneciesen a Medicare. Por ello, se llevó a cabo una evaluación de la aplicabilidad de éstos, para estos otros pacientes, entre ellos, recién nacidos, pacientes afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), politraumatizados, usuarios de drogas, trasplantados, traqueotomizados. Se desarrolló, por tanto, una nueva definición de GRDs que pasó a denominarse *All Patient* GRDs (AP GRDs).

Así, los *All Patient* GRDs, parten de la agrupación de todos los diagnósticos principales, codificados con CIE-9-MC, en 25 CDM, y no en 23 como los GRDs básicos. A su vez, cada Categoría Diagnóstica Mayor se subdivide en base a la existencia o no de procedimientos quirúrgicos y, a partir de aquí, se realiza otra subdivisión en base a la existencia de complicaciones, comorbilidades o la edad del paciente. Una vez realizadas todas las agrupaciones, cada episodio queda agrupado en un GRD, de los 828 existentes actualmente (17).

En la Figura 1 se presenta el algoritmo de clasificación de los AP-GRD.

La lista completa de CDMs se muestra en la Tabla I.

International Refined GRDs (IR-GRDs)

Este nuevo sistema, es desarrollado por 3M en el año 2002 (18), con el objetivo fundamental de desarrollar un único Sistema de Clasificación de Pacientes que trate toda la actividad que se desarrolla dentro de un Hospital, para cualquier tipo de paciente. Es decir, que este sistema abarca tanto la hospitalización como la actividad ambulatoria.

Hay que destacar las siguientes características:

- Permite su utilización con diferentes sistemas de codificación: CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades), CPT-4 (*Physician's Current Procedural Terminology-4ª revisión*), etc.
- Posee una estructura adaptable a las necesidades propias del país: en lo que se refiere a Códigos de procedimiento (y grupos), estancia, criterios demográficos particulares, etc.
- Potencia la comparabilidad de datos entre países.
- Incluye los honorarios de los médicos.
- Cada episodio es asignado a un único IR-GRD.
- En Hospitalización se utiliza el criterio de refinamiento (ajuste por gravedad de la enfermedad) clasificando cada IR-GRD en tres niveles de gravedad. Para Cirugía Ambulatoria se entiende que el nivel de gravedad es 0.

La variable inicial de clasificación es el procedimiento, y cada procedimiento va a estar clasificado en un único IR-GRD. En el caso de pacientes con dos o más procedimientos, éste es clasificado en la categoría de mayor consumo de recursos.

Se diferencian distintos tipos de procedimientos; A. Sólo hospitalización, B. Procedimientos mayores: hospitalización o ambulatorio, C. Procedimientos ambulatorios significativos: electroencefalograma, endoscopia gastrointestinal, D. Procedimientos incidentales: radiografía de tórax, electrocardiograma, punción venosa, otoscopia, etc. E. No considerados en la lógica del sistema: punción venosa, otoscopia.

Los códigos de procedimiento del tipo A y B son asignados a un solo GRD de hospitalización. Para el caso de los códigos de procedimiento del tipo B y C son asignados a un solo GRD

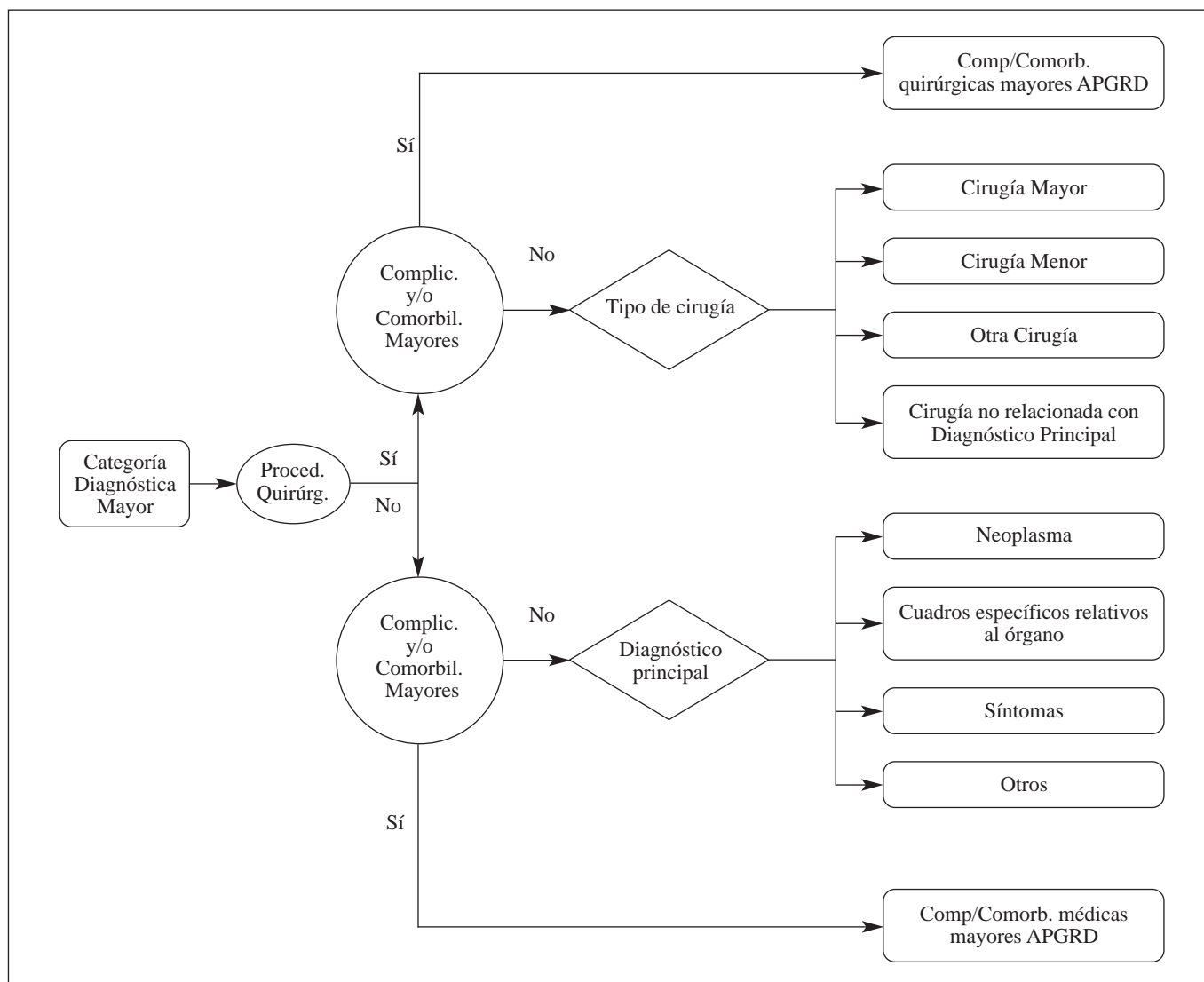


Figura 1. Estructura de AP-GRD para una CDM con complicaciones y comorbilidades mayores; cada recuadro de la derecha terminaría en un GDR específico.

ambulatorio. Los procedimientos del tipo B aparecen en ambas categorías (GRDs de hospitalización y GRDs ambulatorios). De esta forma, el GRD es asignado a la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) más apropiada.

Los IR-GRD constan de 6 dígitos, teniendo cada uno su significado. El 1^{er} y 2^o dígito indica la CDM, un total de 23 CDM. El 3^{er} dígito indica el tipo de GRD, Tabla II. El 4^o y 5^o dígito, el GRD, del 1 al 99, dentro de la categoría principal. El 6^o dígito, el nivel de severidad, el sistema "GRD Hospitalización (IR-GRD)" considera tres niveles de gravedad de la enfermedad, de 1 a 3, en base a los diagnósticos secundarios. Al sistema "GRD ambulatorio" se le asigna siempre un nivel de gravedad de la enfermedad "0". Y por lo que respecta a los GRDs de "Visita Médica Ambulatoria" tienen un nivel de gravedad de la enfermedad opcional, basado en el nivel de duración de la visita (breve, limitada, larga).

El número de IR-GRDs es de 1.077, excluyendo la severidad en Visitas Médicas Ambulatorias y 1.161

incluyendo éstas. El algoritmo de clasificación de los IR-GRDs se presenta en la Figura 2.

Sistemas que tienen en cuenta la severidad

La gravedad de un paciente está determinada por la severidad de las diferentes enfermedades que padece y por la interacción entre ellas, por ello, debe expresar el peso total de enfermedad en un paciente dado (7). La severidad condiciona la actuación de los profesionales, la utilización de recursos y, por tanto, el coste de la asistencia.

Los índices de severidad tienen utilidad en sí mismos, al medir la severidad de un proceso, o como apoyo a los Sistemas de Clasificación de Pacientes.

Dentro de los índices de severidad en sí mismos encontramos *Disease Staging (DS)*, *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE)* y, dentro de los sistemas de clasificación de pacientes que engloban la variable severidad para definir los isogrupos de pacientes, encontramos

Tabla I. Listado de Categorías Diagnósticas Mayores

Precategoría Diagnóstica Mayor

- CDM 1. Sistema nervioso
- CDM 2. Enfermedades y trastornos del ojo
- CDM 3. Enfermedades y trastornos del oído, nariz y faringe
- CDM 4. Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio
- CDM 5. Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio
- CDM 6. Enfermedades y trastornos del aparato digestivo
- CDM 7. Enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas
- CDM 8. Sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo
- CDM 9. Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo o asma
- CDM 10. Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutrición, metabolismo
- CDM 11. Enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias
- CDM 12. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino
- CDM 13. Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino
- CDM 14. Embarazo, parto y puerperio
- CDM 15. Recién nacidos y neonatos con patología originada en el período neonatal
- CDM 16. Enfermedades y trastornos de sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunológico
- CDM 17. Trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas
- CDM 18. Enfermedades infecciosas
- CDM 19. Trastornos mentales
- CDM 20. Uso de drogas/alcohol y trastornos mentales orgánicos inducidos
- CDM 21. Lesiones y envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos
- CDM 22. Quemaduras
- CDM 23. Otras causas de atención sanitaria
- CDM 24. Infecciones VIH
- CDM 25. Politraumatismos

los *Patient Management Categories* (PMC) y los IR-GRDs (comentado en el apartado anterior).

A) Disease Staging

Fue desarrollado por Joseph Gonella y colaboradores en la *Jefferson Medical Collage* en Filadelfia (10), a partir del concepto, ya antiguo, de la progresión de la enfermedad por diferentes estadios, como el caso del cáncer.

Es un método específico para medir la severidad de los pacientes hospitalizados, cuyo punto de partida son los diagnósticos codificados con CIE-9 MC y clasifica a los pacientes en 418 categorías diagnósticas. Estas categorías diagnósticas, de acuerdo a criterios clínicos objetivos como laboratorio, radiología, signos vitales, etc., se dividen en cuatro niveles de severidad:

- Nivel 1: Enfermedad sin complicaciones o con problemas de severidad mínima.

- Nivel 2: Enfermedad limitada a un órgano o sistema.
- Nivel 3: Afección de múltiples órganos o enfermedad sistémica con mal pronóstico.
- Nivel 4: Muerte.

En el caso de la existencia de varios diagnósticos, se asigna una puntuación final de severidad al paciente, promediando las diferentes enfermedades.

Este sistema puede ser utilizado como control de la calidad asistencial, monitorización de servicios, conocer el grado de eficiencia de distintos centros, predecir consumos de recursos.

B) APACHE II

El *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*, desarrollado por W. Knaus y colaboradores en 1981 (9), es un sistema cuya construcción se basa en la siguiente metodología:

- Primero se hace una valoración de la afectación fisiológica del paciente mediante la evaluación de 12 parámetros clínicos y biológicos (*Acute Phisiology Store*), como la temperatura rectal, presión arterial media, hematocrito, sodio sérico, etc., los cuales se puntúan de 0 a 4.
- Posteriormente se calcula una puntuación según la edad del paciente.
- Y, por último, se realiza una evaluación de las enfermedades crónicas presentes en los 6 meses previos al ingreso (*Chronic Health Evaluation*).
- La puntuación total será la suma de la puntuación de los tres apartados anteriores. Se obtiene finalmente un valor entre 0 y 71 puntos, que, a mayor puntuación, mayor probabilidad de mortalidad.

Este sistema comenzó utilizándose para valorar los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, pero posteriormente ha sido utilizado en otras unidades, como en hospital de enfermedades tropicales, unidades de observación de urgencias, e incluso en determinadas patologías cardiovasculares.

C) Patient Management Categories

Se trata de un sistema de medición del *case-mix* introducido a finales de los años setenta por Wanda Young (11) en Pensilvania.

El *Patient Management Categories* (PMC), considera categorías de pacientes a partir de la valoración tanto del motivo de admisión como del diagnóstico del alta. De esta forma identifica el producto hospitalario como aquello que ha ocurrido con el paciente en el hospital, desde el ingreso al alta. Las categorías fueron definidas por un panel de expertos teniendo en cuenta la práctica clínica aceptada y deseable, a diferencia de los GRDs, en que las categorías presentan la práctica clínica preexistente.

Sistemas para pacientes hospitalizados en centros de media y larga estancia

La primera de las características de estos pacientes, que los diferencia de los pacientes agudos, es la duración de la estancia, siendo ésta muy larga y, por tanto, no puede ser utilizada como variable para estimar los costes de hospitalización. La segunda característica, es que los diagnósticos y procedimientos médicos no tienen tanta importancia en la determinación del uso de recursos, mientras que la capacidad

Tabla II. Tipos de GRD

Tipo de procedimiento	Tipo GRD	Descripción GRD
A (Hospitalización sólo) B (Hospitalización o Ambulatorio)	1	GRDs con Procedimiento de Hospitalización
B (Hospitalización o Ambulatorio, Mayor)	2	GRDs con Procedimiento Mayores Ambulatorios
C (Significativo Ambulatorio)	3	GRDs con Procedimientos Significativos Ambulatorios
No pertenece a Procedimientos tipo A o B	4	GRDs Médicos de Hospitalización
Ningún tipo o sólo Procedimiento tipo D (Incidental)	5	GRDs de Visita Médica Ambulatoria
ND	6	GRDs de Parto en Hospitalización
ND	7	GRDs de Parto Ambulatorio
ND	8	GRDs de Recién Nacido Hospitalización
ND	9	GRDs de Recién Nacido Ambulatorio
ND	0	Error GRD

funcional y las condiciones físicas son básicas (19). Por tanto, en este tipo de pacientes, las limitaciones en la capacidad funcional (dependencia) y el tiempo dedicado por los profesionales a la asistencia directa del paciente, son las variables básicas en la explicación de los costes (20). Así pues, utilizar SCP en centro de media larga estancia que no tenga en cuenta la situación funcional del paciente, no nos daría una realidad de la casuística atendida, y no podrían ser utilizados para la financiación y la comparación entre los servicios.

Destacan el Sistema Plaisir y los Grupos de Utilización de Recursos.

A) Sistema PLAISIR (*Planification Informatissé des Soins Infirmiers Requis*)

Este sistema se desarrolla en Québec en 1984, con el objetivo de monitorizar la dependencia, los servicios y recursos de enfermería requeridos por las personas ingresadas (21). Se basa en la evaluación de las necesidades de cuidados, valorando ocho componentes: alimentación, higiene, eliminación, respiración, movilización, diagnósticos, procedimientos y comunicación. A cada procedimiento se le asigna un tiempo estándar de realización definido por consenso profesional. De esta forma, se estima el volumen de asistencia requerida por el paciente, expresado en horas de asistencia/día. Este sistema permite a los organismos planificadores la información necesaria para asignar los presupuestos a los centros, en función del número de pacientes asignados y de los recursos personales necesarios para proporcionar los cuidados requeridos.

B) Grupos de Utilización de Recursos (RUG)

Este sistema fue desarrollado en los EEUU por BE Fries y LM Cooney a principios de los años 80 (13).

En España (22) se han realizado estudios de la aplicación de los RUG a la atención hospitalaria de pacientes ancianos, y se ha puesto de manifiesto el interés que tiene este sistema a la

hora de describir la población atendida en unidades de larga y media estancia.

Este sistema clasifica a los pacientes en nueve grupos, utilizando como criterios el grado de ayuda en tres actividades de la vida diaria, vestirse, deambular y comer, y un cuarto criterio, el control de ingesta y eliminación de líquidos.

Posteriormente, se fueron desarrollando nuevas versiones, RUG II, RUG-T18, RUG III, donde además de la capacidad funcional y condiciones físicas del paciente, se introduce una nueva dimensión, la complejidad clínica, ampliándose los grupos de pacientes de 9 a 44.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Los sistemas de clasificación de pacientes utilizados hasta ahora en España, los GRDs, nos permiten medir y conocer la actividad realizada en hospitalización, pero no son válidos para medir otra actividad, como es el caso de la actividad ambulatoria. Por ello, surge la necesidad de aplicar sistemas de clasificación específicos para la actividad ambulatoria, que nos permitan conocer en profundidad la actividad efectuada, la casuística atendida, el consumo de recursos, controlar la calidad de los resultados, así como utilizar sistemas de financiación específicos según la complejidad clínica de cada caso y del consumo de recursos ocasionado.

Definir qué es la atención ambulatoria es una tarea compleja, ya que se caracteriza por la diversidad de pacientes, de profesionales y de localización de la atención prestada. La atención ambulatoria comprende casi toda aquella actividad que no ha causado ingreso hospitalario; consultas externas hospitalarias, urgencias hospitalarias y ambulatorias, consultas de especialistas ambulatorias, cirugía sin ingreso, y supone una proporción muy elevada de la actividad clínica. Por tanto, en el entorno ambulatorio hay razones que hacen necesario un esquema de clasificación de pacientes que pueda reflejar la diversidad de los servicios realizados (23), entre ellas destacan:

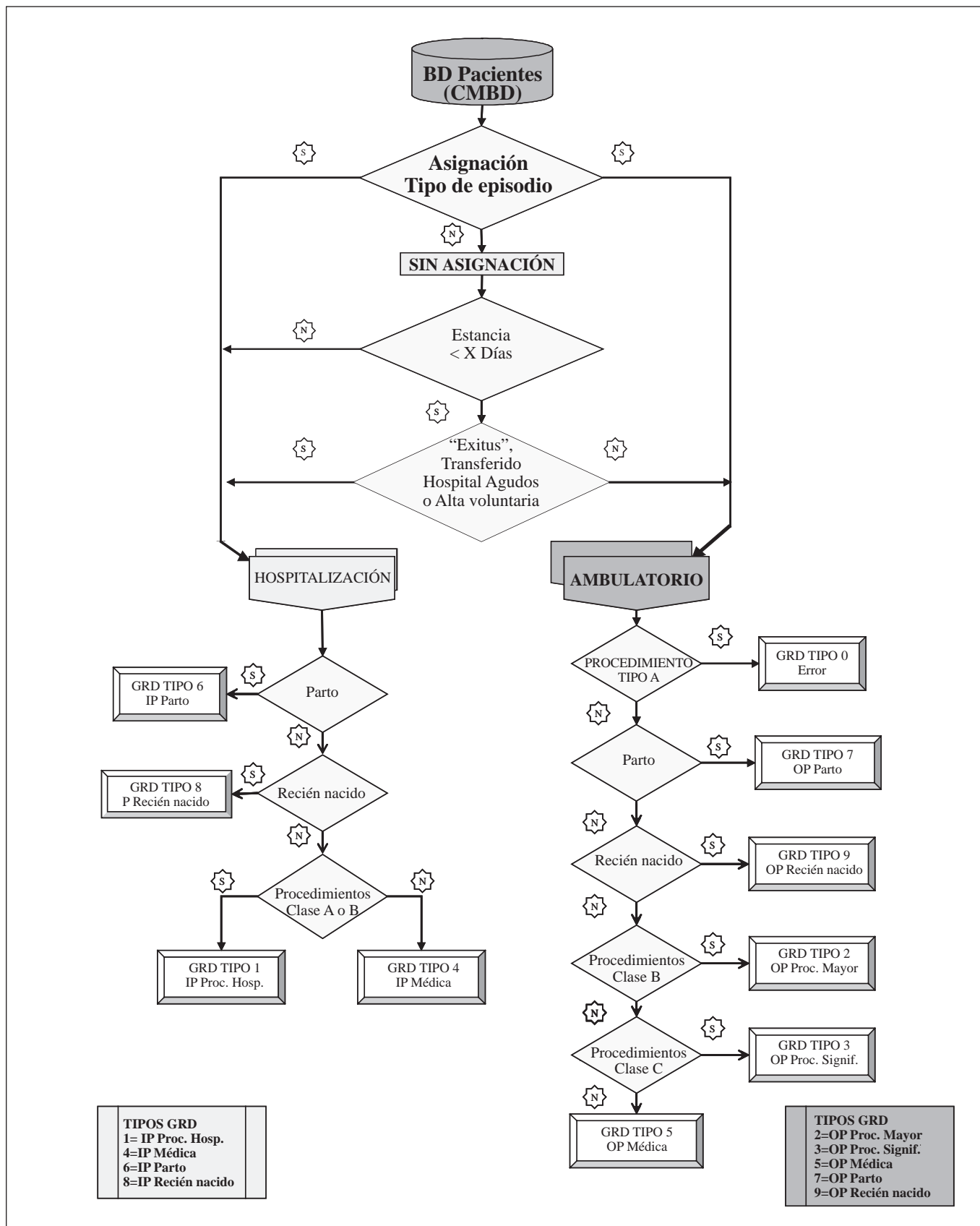


Figura 2. Algoritmo de Clasificación de los IR-GRDs.

- La diversidad de áreas de tratamiento; urgencias: cirugía ambulatoria, consultas externas, etc.
- La amplia gama de motivos por las que los pacientes requieren asistencia ambulatoria.
- El alto porcentaje del coste relacionado con servicios complementarios.

Definir el producto de atención ambulatoria también es complejo, ya que en hospitalización se considera un caso como un ingreso en hospitalización, pero en atención ambulatoria el producto podría ser una visita, un episodio de un tiempo determinado de duración (como una lumbalgia de 3 meses de duración que ha requerido 3 visitas), o la asistencia ambulatoria recibida por una persona durante un período de tiempo (24, 25). Por ello, se han desarrollado sistemas de clasificación de pacientes basados en las visitas y en los pacientes. Dentro de los SCP basados en las visitas se encuentran: *Diagnosis Clusters* (DC), *Ambulatory Visit Groups* (AVG), *Ambulatory Patient Groups* (APG), *Products of Ambulatory Care* (PAC) y dentro de los SCP orientados a los episodios o pacientes se encuentran: *Products of Ambulatory Surgery* (PAS) y *Ambulatory Care Groups* (ACG).

La revisión de estos sistemas forma parte del siguiente artículo, Sistemas de Clasificación de Pacientes. Revisión Conjunta. Parte II.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahicart C. *La medición del producto hospitalario. Los grupos relacionados con el diagnóstico: experiencia y perspectivas de utilización.* Masson, S. A., y SG Editores, S. A. Barcelona 1991. p 3-22.
2. Ahicart C. *Técnicas de Medición del Case Mix Hospitalario. Los Procesos Productivos en el Hospital y la Medición del producto Hospitalario.* Hospital 2000. 1988; 2 (suppl 1): 4-22.
3. Hornbrook MC. *Hospital Case Mix: Its definition, measurement and use. Part I, The conceptual framework.* Med Care Rev 1982; 39 (1): 1-43.
4. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. *Case mix definition by diagnosis-related groups.* Med Care 1980 Feb; 18(2 Suppl): iii, 1-iii, 53.
5. Cameron JM. *Case mix and resource use in long-term care.* Med Care 1985; 23 (4): 296-309.
6. Ahicart C. *Técnicas de medición del case mix hospitalario. Hospital Diagnosis Groups y Grupos Relacionados con el Diagnóstico.* Hospital 2000 1988; sup 2: 3-22.
7. Fernández de Sanmamed Santos MJ, Martínez CC, Puig MJ. *¿Cómo están de enfermos mis pacientes?* Aten Primaria 1996; 17 (8): 531-541.
8. Arbitman DB. *Severity systems add new dimension to utilization management.* Healthc Financ Manage 1989; 43 (2): 42-48.
9. Knaus WA, Draper EA, Warner DP, Zimmerman JE. *APACHE II: a severity of disease classification system.* Crit Care Med 1985; 13(10): 818-29.
10. Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. *Staging of disease: A case mix measurement.* JAMA 1984; 251 (5): 637-44.
11. Young WW, Swinkola RB, Zorn DM. *The measurement of hospital case mix.* Medical Care 1982; 20 (5): 501-512.
12. García-Altés A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. *Sistemas de Clasificación de pacientes en centros de media y larga estancias: evolución y perspectiva de futuro.* Gac sanit 2000; 14 (1): 48-57.
13. Fries BE, Cooney LM. *Resource utilization groups: A patient classification system for long-term care.* Med Care 1985; 23 (2): 110-122.
14. Averill RF, Golfield N, Gregg LW, Shafir BV. *Evaluation of a prospective payment system for hospital-based outpatient care.* J Ambul Care Manage 1997; 20 (3): 31-48.
15. Bolibar B, Prados A, Gervás J, Juncosa S, Carrillo E. *Sistema de clasificación en grupos iso-consumo (case-mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria.* Aten Primaria 1996; 17 (1): 74-83.
16. Averill RF, Golfield N, Stenbeck BA. *Grupos relacionados por el Diagnóstico (GRDs).* Health Information Systems, 3M. 1995 Edición en español.
17. All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRGs) version 18.0 definitions Manual. 3M Health Information Systems. 2000.
18. Berlinguet M, Vertrees J, Freedman R, Tinker A. *Case-mix analysis across patient populations and boundaries: A refined classification system designed specifically for international use.* 3M Health Information Systems. 2007.
19. Cameron JM. *Case mix and resource use in long-term care.* Med Care 1985; 23 (4): 296-309.
20. Win S. *Assessment of cost-related characteristics and conditions of long-term care patients.* Inquiry 1975; 12: 344.
21. Tilquin C, Roussel B. *La evaluación de la carga de trabajo en cuidados de enfermería inducida por pacientes con déficit cognitivos.* Rev Gerontol 1995; 5 (1): 81-86.
22. Solano Jaurrieta JJ, Baztán Cortes JJ, Hornillos Calvo M, et al. *Grupos de utilización de recursos en unidades de agudos y media estancia de servicios de geriatría.* Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75 (3): 249-262.
23. Averill RF, Golfield N, Gregg LW, Shafir BV. *Evaluation of a prospective payment system for hospital-based outpatient care.* J Ambul Care Manage 1997; 20 (3): 31-48.
24. McNamee P, Hutchinson A, Parkin O, Steen N. *Episode-based case-mix in ambulatory care. 9th International PCS/E Working Conference.* Munich, 1993; 747-757.
25. Mennerat F. *Towards an episode-based case-mix measure for ambulatory care. 9th International PCS/E Working Conference.* Munich, 1993; 162-167.

CARTAS AL DIRECTOR

Sr. Director:

La seguridad del paciente (SP), componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en su estrategia número 8, sitúa la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. Una de las acciones previstas en dicha estrategia es fomentar la participación de los pacientes en la misma, desarrollando conjuntamente con sus asociaciones modelos de colaboración y actividades de formación. Esta línea de actuación está en concordancia con las recomendaciones del Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, que establece específicamente el área de “pacientes por la seguridad de los pacientes” como una de sus seis áreas estratégicas. Esta iniciativa tuvo su punto de arranque en el encuentro de pacientes de Noviembre de 2005 que culminó con la Declaración de Londres, en la que los firmantes se comprometen a colaborar en la consecución de una atención sanitaria más segura.

En este sentido, a lo largo del año 2007 la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto en marcha una serie de proyectos para conocer la percepción y experiencia de pacientes y consumidores en torno a la SP y establecer mecanismos de participación. Inicialmente se realizó un estudio cualitativo con pacientes, familiares, representantes de asociaciones, agentes clave y líderes de opinión, que tuvo su continuación con dos talleres de trabajo en los que se gestó un documento de consenso acerca de la situación actual y posibles prioridades y líneas de trabajo en SP desde la perspectiva de los pacientes y los consumidores. Fruto de este proceso es la siguiente Declaración, a la que se han adherido 19 asociaciones de pacientes y consumidores y que se hizo pública en la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente, que tuvo lugar en Madrid el 13 y 14 de diciembre de 2007:

Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud

Nosotras y nosotros, ciudadanos y pacientes:

Defendemos la SEGURIDAD como un DERECHO básico en el que queremos implicarnos para conseguir una mayor calidad en la atención sanitaria.

Requerimos que la Seguridad del Paciente sea una prioridad en las políticas y acciones del Sistema Nacional de Salud.

Reconocemos los esfuerzos que se están realizando, en el ámbito nacional en el Sistema Nacional de Salud, a través de la Estrategia en Seguridad del Paciente, e internacional, para mejorar la Seguridad del Paciente.

Queremos la máxima SEGURIDAD en cualquier centro sanitario:

- *seguridad* de que se identifican, analizan y previenen los posibles efectos adversos;
- *seguridad* de que existen mecanismos eficaces para notificarlos si éstos sucediesen;
- *seguridad* de que se nos atiende en espacios limpios y seguros, sin elementos que puedan ocasionar efectos adversos a las personas;
- *seguridad* de que se nos ofrecen los mejores tratamientos basados en la evidencia científica con los mejores recursos humanos y materiales.

Expresamos nuestro COMPROMISO para:

- *Participar* en las iniciativas y programas encaminados a mejorar la Seguridad del Paciente.
- *Colaborar* en la definición de buenas prácticas.
- *Notificar* los incidentes que afecten a nuestra Seguridad.
- *Divulgar* información que pueda contribuir a prevenir efectos adversos y minimizar los posibles riesgos para la salud en el transcurso de la atención sanitaria.
- *Formarnos y colaborar* en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad.

La sociedad y los pacientes necesitamos confiar en el Sistema Nacional de Salud. Pondremos toda nuestra energía para lograr que cualquier persona, en cualquier centro sanitario, reciba la atención y el cuidado más seguro.

Para ello:

Pedimos a todas las instituciones y personas implicadas ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN.
Y

Ofrecemos ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN.

Madrid 14 de Diciembre de 2007.

CARTAS AL DIRECTOR**GRUPO DE TRABAJO DE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y CONSUMIDORES, REDACTOR DE LA DECLARACIÓN DE LOS PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y QUE SE ADHIERE A ÉSTA****Representante**

Adelaida Fissas Armengol
 Ana Etchenique Calvo
 Ana Fernández Marcos
 Antonia Gimón Revuelta
 Arsenio Hueros Iglesias
 Carlos Celaya
 Carmen Chacel Tuya
 Carmen Sánchez Chicharro
 Irene Muñoz Escandell
 José Diniz Almeida Martins
 Juan José Torres López
 María Teresa Pariente
 Miguel García Pérez
 Nieves Alonso Galeano
 Pilar Vicente
 Rafael Reoyo
 Rafael Sánchez Olmos
 Sandra Ibarra
 Santos Yuste Zazo

Asociación

Federación Española de Padres de niños con Cáncer (F.E.P.N.C)
 Confederación de Consumidores y usuarios (CECU)
 Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
 Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)
 Confederación Española de familiares enfermos de Alzheimer y otras Demencias
 Coalición de Ciudadanos con enfermedades Crónicas
 Asociación Nacional de Ostomizados e Incontinentes (ANOI)
 Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS)
 Confederación Española de Agrupaciones de Familias y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)
 Asociación de familiares y pacientes con Dermatitis Atópica
 ASUSALUD
 Fundación Hipercolesterolemia familiar.
 Federación de Usuarios-Consumidores Independientes (FUCI)
 Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR)
 Asociación Española de Alérgicos al Látex.
 Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia (FEBHI)
 Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)
 Fundación Sandra Ibarra
 Liga Reumatológica Española

Enrique Terol, Yolanda Agra, Jesús Casal, María del Mar Fernández

Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo

Joan Carles March

Escuela Andaluza de Salud Pública

Rafael Reoyo

Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia

CARTAS AL DIRECTOR

Medicina Preventiva y enfermedades emergentes. Riesgo de transmisión de la enfermedad de Chagas en nuestro medio

R. M. Ortí¹, M. C. Parada¹, P. Segarra²

¹Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

²Unidad de E. Infecciosas –Salud Internacional. Hospital General Universitario de Valencia.

Sr. Director:

La tripanosomiasis americana, descrita por Carlos R. Justiniano Das Chagas (1909), es la principal parasitosis endémica de América. Las elevadas prevalencia y morbimortalidad en niños y adultos jóvenes la convierten en países como Bolivia y Argentina en un serio problema de salud pública, con graves repercusiones socioeconómicas. La fase aguda suele pasar desapercibida por su escasa e inespecífica sintomatología (fiebre, fatiga, anorexia, diarrea, vómitos, linfadenopatías, etc.), aunque puede complicarse con miocarditis o encefalitis mortal. Tras 8-10 semanas comienza la fase de latencia, que durará varios años o indefinidamente. En países endémicos, la principal vía de transmisión es la vectorial, mediante triatomíneos (1). En zonas no endémicas, el contagio puede producirse por transfusión sanguínea (2), por vía vertical (3), trasplante de órganos, oral o parenteral, como accidente de trabajo (1). El diagnóstico es serológico, aunque puede detectarse el parásito infectivo, *Trypanosoma cruzi*, en sangre en la fase aguda. En la fase crónica hay daños irreversibles, particularmente en el sistema nervioso autónomo y en el músculo no estriado, que dan manifestaciones cardíacas, digestivas, neurológicas o mixtas en el 30% y la muerte en un 10% de los casos. El incremento de la inmigración experimentado en España desde 1999 ha supuesto la llegada de más de un millón de personas, principalmente adultos jóvenes en edad fértil, con un alto porcentaje de portadores de la enfermedad de Chagas, que aumentan la demanda asistencial por una patología nueva, con prevalencia y repercusiones de la enfermedad casi desconocidas. Además, tenemos poca experiencia en el diagnóstico y tratamiento, lo que, sumado a la posible transmisión en nuestro medio, plantea un reto para los profesionales de la salud y para el propio sistema sanitario español. En este contexto, nos propusimos esti-

Tabla I. Publicaciones sobre la prevalencia de la enfermedad de Chagas según mecanismo de transmisión

Mecanismo	Lugar, año (cita)	Población estudiada	Prevalencia
Transfusión sanguínea	Centros de transfusión de España, 2005. (Castro E. Transfusión sanguínea y enfermedad de Chagas: iniciativas en Centros de Transfusión de España. <i>Enf Emerg</i> 2006; 8: 48-50).	6.160 donantes de sangre	0,90%
	Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. (Parada MC <i>et al.</i> Estudio de anticuerpos anti- <i>Trypanosoma cruzi</i> realizado en año 2005 en el Centro de Transfusiones de la Comunidad Valenciana. En: Resúmenes comunicaciones del V Congreso de la SEMTSI. Tenerife, <i>Enf Emerg</i> 2006; 8 (2):107).	1.386 donantes de sangre	0,94%
	Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña, 2006. (Piron M <i>et al.</i> Bancos de Sangre y enfermedad de Chagas: estado actual de la legislación española. Resultados preliminares del estudio de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> en donantes del Banc de Sang i Teixits. <i>Enf Emerg</i> 2006; 8(supl 1):45-7).	630 donantes de sangre	0,95%
Trasplante de órganos	Departamento de Hematología del Hospital Reina Sofía. (Villalba R <i>et al.</i> Acute Chagas disease in a recipient of a bone marrow transplant in Spain: case report. <i>Clin Infect Dis</i> 1992; 14(2):594-5).	1 caso	
	<i>Hospital Ramón y Cajal de Madrid.</i> Fores R <i>et al.</i> Chagas disease in a recipient of cord blood transplantation. <i>Bone Marrow Transplant</i> 2007; 39:127-8.	1 caso	
Accidente de trabajo	No existe ningún trabajo publicado en España		
Transmisión vertical	<i>Hospital. Clínic Barcelona.</i> (Del Pino M, Coll O. Enfermedad de Chagas, transmisión materno-fetal y experiencia recogida en nuestro centro. <i>Enf Emerg</i> 2006; 8 (supl 1):37-9).	453 gestantes	1,98%
	<i>Hospital General de Valencia.</i> (Fraile MT, Tuset C, Rodríguez Delgado J, Aznar E, García Rodríguez M, Parada MC. Estudio preliminar de la seroprevalencia de la enfermedad de Chagas en gestantes. En: Resúmenes comunicaciones del V Congreso de la SEMTSI. Tenerife. <i>Enf Emerg</i> 2006; 8 (2):106).	26 gestantes	3,8%
	<i>Hospital de Sant Camil Sant Pere de Ribes Barcelona</i> (Verges M <i>et al.</i> Diagnóstico de la Enfermedad de Chagas de transmisión l materno-fetal en Cataluña. En: Resúmenes de comunicaciones del V Congreso de la SEMTSI. Tenerife. <i>Enf Emerg</i> 2006; 8 (2):105.	19 niños nacidos de madres seropositivas	10,52%

CARTAS AL DIRECTOR

Tabla II. Protocolo a seguir en accidentes de trabajo con material contaminado con *Trypanosoma cruzi*

Profilaxis post-exposición: Normas básicas para la prevención de la exposición con material contaminado (Adaptado de Alfred Cassab J) (4).

Ante una exposición con material potencialmente contaminado se procederá a:

1º) Diferenciar si el contacto se ha producido con sangre o con otros fluidos corporales.

2º) Si se ha producido con sangre, se valorará si la exposición se corresponde con:

- Accidente con contacto del fluido con parásito y tejido cutáneo sin solución de continuidad.
- Caso con riesgo: accidente con sospecha de que la sangre con parásitos contactó con tejido cutáneo con solución de continuidad, mucosas y/o conjuntivas.

3º) Limpieza y desinfección local:

- a) Si el contacto es con piel intacta, se procederá a realizar una limpieza y desinfección local inmediata con alcohol de 70°.
- b) Si afecta a conjuntiva o mucosas, se lavará con agua oxigenada o solución fisiológica.
- c) En caso de heridas anfractuadas, se usará alcohol yodado.

4º) Quimioprofilaxis post-exposición: en caso de contacto en piel con solución de continuidad o mucosas, si se sospecha o se confirma la presencia del parásito en el fluido contaminado (microhematocrito o método de Strout)* se dará benznidazol (5 mg/kg/día repartido en 2 dosis vía oral) durante 15 días.
* En zonas geográficas sin presencia del vector, siguiendo las recomendaciones de los CDC; se iniciará tratamiento con benznidazol cuando se produzca seroconversión (5).

5º) Seguimiento post-exposición:

Se efectuarán examen físico y de laboratorio tras el accidente, ante la aparición de algún signo y/o síntoma y al finalizar el seguimiento. Se realizarán controles serológicos inmediatamente tras ocurrir el accidente, semanal durante el primer mes, quincenal durante el segundo mes y mensual hasta el cuarto mes. (Si el riesgo sospechado es alto se realizará también examen parasitológico directo en las primeras 4 semanas o ante la aparición de signos de enfermedad).

Se considera el alta del seguimiento si tras 4 meses no se produce seroconversión o aparición de parasitemia. Si se documenta el contagio, el tratamiento debe administrarse durante 60 días.

mar la prevalencia en población inmigrante residente en España, revisando publicaciones, comunicaciones a congresos y el consumo de reactivos para pruebas serológicas según los laboratorios Diamed (Inmunoprecipitación), Inverness Medical (IFI) y Biokit (ELISA); estudiar el riesgo de transmisión a partir de la incidencia de casos en población autóctona y revisar las medidas preventivas aplicadas.

La seroprevalencia en inmigrantes de áreas endémicas que solicitan atención hospitalaria varía según población de origen y tipo de centro sanitario. La prevalencia en donantes de sangre, con cribado obligatorio tras la publicación del Real Decreto 1088/2005 sobre hemodonación, es del 0,9%, inferior a la observada en gestantes (1,98-3,8%). No encontramos estudios en trabajadores sanitarios, aunque sí encontramos dos casos de transmisión por trasplante de órganos (Tabla I).

La transmisión vertical oscila entre el 3 y el 10% en zonas endémicas (3). Y aunque las referencias bibliográficas sobre incidencia de enfermedad de Chagas en población autóctona son escasas, conocemos los casos de un niño de 2 años, identificado tras diagnosticar la enfermedad en su madre, y de un neonato (Tabla I).

En el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico de Valencia atendimos recientemente a dos matronas expuestas por pinchazo accidental con aguja hipodérmica y por salpicadura en mucosa conjuntival con sangre de gestantes seropositivas para la enfermedad de Chagas. La Tabla II presenta el protocolo de profilaxis postexposición aplicado según las pautas recomendadas (4, 5) para accidentes de moderado-alto riesgo. Transcurridos 120 días de seguimiento, el examen parasitológico y la serología resultaron negativos.

Aunque se investiga intensamente, a punto de cumplir los 100 años del descubrimiento de la enfermedad, no existe una vacuna ni un tratamiento efectivo en fase crónica del Chagas. La prevalencia detectada en inmigrantes latinoamericanos atendidos en hospitales españoles, especialmente en maternidades y centros de transfusión, los casos autóctonos por transmisión congénita y en receptores de trasplantes y la exposición accidental del personal sanitario a partir de portadores asintomáticos, junto con la historia natural de la enfermedad con una *latencia larga* y asintomática, las consecuencias de la tripanosomiasis no diagnosticada, la aplicabilidad de las pruebas diagnósticas (sensibilidad, especificidad, inocuidad, fiabilidad y coste), los evidentes beneficios del cribado y la disponibilidad de un tratamiento efectivo en fase aguda, hacen del Chagas un reto emergente para la Medicina Preventiva en nuestro Sistema de Salud.

Correspondencia:

Rafael Manuel Ortí Lucas

orti_raf@gva.es

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia

Tel. 96 386 26 00. Ext. 51284.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfred Cassab JR, Noireau F, Guillen G. *La Enfermedad de Chagas en Bolivia: Conocimientos científicos al inicio del programa de control (1998-2002)*. 1 Edición La Paz -Bolivia, 2002.
2. Schmunis GA. *Prevention of transfusional Trypanosoma cruzi infection in Latin America*. Mem Inst Oswaldo Cruz 1999; 94 Suppl 1:93-101.
3. Asogue E, Darras C. *Estudio prospectivo de la Enfermedad de Chagas en recién nacidos con infección placentaria por Trypanosoma cruzi (Santa Cruz-Bolivia)*. Rev Soc Bras Med Trop 1991; 24(2): 105-9.
4. Alfred Cassab JR: "Normas básicas para la atención del paciente infectado chagásico". En: *La Enfermedad de Chagas en Bolivia Conocimientos científicos al inicio del Programa de Control*. 1ª edición. (JR Alfred Cassab, F. Noireau, G Guillén) Paz- Bolivia 1998-2002: 65-66.
5. CDC: Herwaldt BL. Laboratory-acquired parasitic infections from accidental exposures. Clin microbiol rev 2001; 14: 659-88.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

IX Jornadas Nacionales sobre Avances en Medicina Preventiva

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Murcia, 8 y 9 de Mayo de 2008

SECRETARÍA CIENTÍFICA:

Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Hospital Maternal, primera planta
Ctra. de El palmar, s/n. 30120 El Palmar (Murcia)
Tel.: 968 36 96 20. Tel./Fax: 968 36 94 51
e-Mail: francisco.botia@carm.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés. Dpto. de Congresos
C/ Catedrático Eugenio Ubeda, 6. 30008 Murcia
Tel.: 968 27 23 90. Fax 968-249721
e-Mail: congresosmurcia@viajeseci.es

SEDE

Hotel Silken 7 Coronas
Paseo de Garay, 5
30003 Murcia

XVII Congreso Internacional del CEDEST

Córdoba, 16-18 de Abril de 2008
Palacio de Congresos

SECRETARÍA CIENTÍFICA:

Servicio de Medicina Preventiva. 4ª planta norte
Hospital Clínico San Carlos
C/ Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid
Tel.: 913 30 34 30. Fax: 915 43 75 04
www.cedest.org

SECRETARÍA TÉCNICA

Congresos y Convenciones Acuario, S. L.
C/ Ricardo Gil, 11-2º B. 30002 Murcia
Tel./Fax: 968 21 72 60. Tel.: 968 21 72 60
alfonso@congresosacuario.com

SEDE:

Palacio de Congresos y Exposiciones de Córdoba
C/ Torrijos, 10. 14003 Córdoba

Reunión Europea de Hipertensión Arterial

Dr. J. R. Villagrasa Ferrer

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Los días 15-19 de Junio de 2007 se celebró en la ciudad de Milán el XVII Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial (HTA). Esta edición del Congreso presentó, como principal novedad, la publicación de la nueva *Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión*, elaborada en colaboración con la Sociedad Europea de Cardiología.

La nueva guía clínica actualiza varias de sus recomendaciones de acuerdo con las principales novedades científicas publicadas desde 2003, año de la última edición. Entre ellas se encuentra el descenso de las cifras de presión arterial de referencia para el diagnóstico de HTA en poblaciones especiales. En concreto, en los pacientes considerados de alto riesgo cardiovascular, el umbral diagnóstico se sitúa por debajo de 140/90 mmHg. Además, en estos pacientes se recomienda un objetivo más estricto de control de presión arterial (<130/80 mmHg) y la adición de un tratamiento con antiagregantes plaquetarios y estatinas. La Guía analiza exhaustivamente las diferentes pruebas diagnósticas que evalúan el daño orgánico asociado a la hipertensión, su accesibilidad, valor pronóstico y precio. En cuanto al tratamiento, el documento considera, a diferencia de otras guías recientes (como la emitida por la Sociedad Británica de HTA/NICE), que no hay razones para excluir a los betabloqueantes de los fármacos antihipertensivos de primera línea. Además, recuerda que la mayoría de pacientes requiere un tratamiento combinado con varios fármacos para lograr un buen control terapéutico, por lo que la elección del tratamiento de inicio no es tan importante. Serán las circunstancias especiales de cada paciente las que determinen la preferencia por uno u otro fármaco, habitualmente dentro de una combinación farmacológica.

Varios investigadores presentaron datos acerca del diagnóstico y control de la HTA en sus respectivos países. El grado de control se situó en torno a un 30%. El profesor Banegas presentó los resultados del "Registro de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial", elaborado por investigadores de la Sociedad Española/Liga de HTA, donde se demuestra, en una serie de 12.897 hipertensos tratados, que el control de las cifras de PA fuera de la consulta médica (51,6%) fue superior al observado en la consulta (23,6%). Autores daneses presentaron resultados similares obtenidos mediante PA determinada en domicilio.

Desde el punto de vista terapéutico, la principal novedad fue la reciente aprobación por la *Food and Drug Administration* (FDA) del fármaco aliskiren. Se trata del primer representante un nuevo grupo de antihipertensivos, los inhibidores de la renina. Se espera su próxima aprobación por la Agencia Europea del Medicamento.

ÍNDICE CRONOLÓGICO VOL. XIII N° 1 al 4, 2007

Vol. XIII, N° 1, 2007

• Editorial <i>V. Pastor</i> (Pág. 3)	
<i>Firma invitada:</i>	
• La epidemiología como base de la política sanitaria <i>F. J. Yuste Grijalba</i> (Pág. 5)	
<i>Originales:</i>	
• Errores en la Central de Esterilización: seguridad de los dispositivos sanitarios <i>J. J. Criado-Álvarez, I. Muro</i> (Pág. 9)	
• Prevalencia del tabaquismo y sintomatología asociada en estudiantes de Medicina de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (México) <i>A. A. Lladó-Verdejo, A. Romero-Vázquez, E. Hernández-Martínez</i> (Pág. 14)	
• Etiología y resistencias a los antibióticos en las infecciones de piel y partes blandas <i>A. Asensio, R. Cantón, F. Calbo, S. Paniagua, R. Díez, P. Prendes, A. Cerrillo, F. López, J. Bajo, V. Pastor y el grupo de trabajo EPINE</i> (Pág. 20)	
<i>Protocolo:</i>	
• Gestionando nuestra seguridad <i>E. Borrego, A. Pardo, J. Morón, C. Albéniz</i> (Pág. 28)	
<i>Revisión:</i>	
• Gripe aviar H5N1: ¿Hasta dónde tenemos que preocuparnos? <i>R. Ortiz, J. Reina, J. Castrodeza, J. M. Eiros</i> (Pág. 32)	
<i>Cartas al Director</i> (Pág. 37)	
<i>Noticias de la Sociedad</i> (Pág. 39)	
<i>Recensión Bibliográfica</i> (Pág. 44)	
Índice Vol. XII, N°1-4, 2006 (Pág. 46)	

VOL. XIII ESPECIAL CONGRESO N° 2 2007

XIV Congreso Nacional y III Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene	
Programa Científico del Congreso	
30 de mayo (miércoles)	11
31 de mayo (jueves)	12
1 de junio (viernes)	14
2 de junio (sábado)	17
Ponencias	18
Listado de Comunicaciones Orales	82

Listado de Comunicaciones Póster	90
---	----

Resúmenes

Comunicaciones Orales

Tema I: Vacunas	104
Tema II: Infección Nosocomial	107
Tema III: Higiene y Tema V: Salud Ambiental	122
Tema IV: Calidad	129
Tema VI: Salud Pública	138
Tema VII: Salud Ocupacional	145
Tema VIII: Educación para la Salud	149
Tema IX: Formación de Especialistas y Unidades Docentes	151

Comunicaciones Póster

Tema I: Vacunas	153
Tema II: Infección Nosocomial	160
Tema III: Higiene	200
Tema IV: Calidad	208
Tema V: Sanidad Ambiental	218
Tema VI: Salud Pública	224
Tema VII: Salud Ocupacional	245
Tema VIII: Educación para la Salud	257
Tema IX: Formación de Especialistas y Unidades Docentes	262

Vol. XIII, N° 3, 2007

• Editorial <i>V. Pastor</i> (Pág. 5)	
<i>Firma invitada:</i>	
• La Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE). Definición y actividad <i>F. M. Kovacs, V. Abaira</i> (Pág. 7)	
<i>Originales:</i>	
• Adecuación de la admisión desde un servicio de urgencias <i>J. M. Aranz, P. Antón, M^a T. Gea, R. Martínez, V. Rodrigo, F. Gómez</i> (Pág. 14)	
• El profesional sanitario frente al consumo de tabaco: la experiencia de un hospital de la Comunidad de Madrid <i>M. Sainz, E. Sánchez, M. Guillén, A. González, R. Calvo, N. García-Arenzana, J. Fereres</i> (Pág. 19)	

Revisión:

- Vacunas e iconografía
A. González-Torga, P. Berbel, M. González,
J. F. Navarro, M. D. Galicia, P. García-Shimizu,
J. Sánchez-Payá (Pág. 27)

Cartas al Director (Pág. 35)

Noticias de la Sociedad (Pág. 39)

Recensión Bibliográfica (Pág. 40)

Vol. XIII, Nº 4, 2007

- Editorial
V. Pastor (Pág. 5)

Firma invitada:

- Salud y medios de comunicación
R. Sánchez Ocaña (Pág. 7)

Originales:

- La Expansión del Acceso al Tratamiento Antirretroviral en Monzambique
F. Mudender, M. Morales, A. Llopis (Pág. 11)

Protocolo:

- Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España
Propuesta del Grupo de Trabajo de Expertos en Tuberculosis y del Grupo de Trabajo de Comunidades (Pág. 17)

Revisión:

- Sistemas de Clasificación de Pacientes. Revisión conjunta. Parte I
A. I. Fernández, J. Carlos Atance, E. Ballester, R. Magro (Pág. 27)

Cartas al Director (Pág. 32)

Noticias de la Sociedad (Pág. 36)

Índice Vol. XIII, Nº 1-4, 2007 (Pág. 37)

Recensión Bibliográfica (Pág. 40)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE

ENVIAR A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA SOCIEDAD

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D.
Profesión **Puesto de trabajo**
Centro
Dirección **Ciudad**
Domicilio Particular
Teléfono **E-mail:** **Ciudad**
Desea inscribirse como socio de número en la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, comprometiéndose al pago de las cuotas.
Banco o Caja de Ahorros **Sucursal**
Dirección **Ciudad** **C.P.**
Nº de Cuenta Corriente o Libreta de Ahorros
, a de de 2007

Fdo.:

Sr. Director
ruego atienda los recibos que a cargo de mi c/c. o l/a. Nº
librará la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
, a de de 2007

Fdo.:

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista *Medicina Preventiva* es el órgano de expresión de la **Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene** y su publicación pretende ser trimestral.

Los artículos que se remitan deben tener relación con la Medicina Preventiva y, en general, con todos los temas que puedan ser de interés para los miembros de la S.E.M.S.P. e H. (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene).

Se acusará recibo de los trabajos recibidos, pero ello no compromete a su publicación.

En principio no se mantendrá correspondencia sobre los trabajos, ni se devolverá ningún original recibido.

Los manuscritos serán revisados y evaluados por los Comités Científico y de Redacción.

Ambos se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilo, así como de acortar el texto que lo precise, comprometiéndose a respetar el contenido del original.

Los trabajos aceptados son propiedad de la Revista y su reproducción, total o parcial, sólo podrá realizarse previa autorización escrita de la Dirección de la Revista.

Los conceptos expuestos en los trabajos publicados en esta Revista, representan exclusivamente la opinión personal de sus autores.

La Revista incluirá además de artículos científicos, secciones fijas en las cuales se reflejarán noticias de la propia Sociedad, otras noticias de interés, publicaciones, etc. Se incluirá también una sección de "Cartas al Director".

Todo trabajo o colaboración, se enviará por triplicado a la Dirección de la Revista *Medicina Preventiva*: EDIMSA. c/ Alsasua, 16. M-28023. Fax: (91) 373 99 07.

1. Originales

- 1.1. Los trabajos estarán redactados en español y no deben tener una extensión mayor de quince (15) folios de 36 líneas cada uno, mecanografiados a doble espacio y numerados correlativamente.
- 1.2. Los gráficos, dibujos y fotografías o anexos, que acompañan al artículo, no entran en el cómputo de los quince folios.
- 1.3. Siempre que sea posible se acompañará el texto escrito del correspondiente diskette con la copia en programa de tratamiento de texto compatible con Vancouver-97 [*New England Journal of Medicine* 1997; 336 (4); págs. 309-315] (*Medicina Clínica* 1997. Vol. 109; 756-763).

2. Título y Autores

En el primer folio deberá figurar, y por este orden, título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección del centro de trabajo, domicilio para la correspondencia, teléfono de contacto y otras especificaciones que se consideren oportunas.

3. Resumen y Summary en inglés

Tendrán una extensión máxima de 150 palabras y deberán estar redactados de forma que den una idea general del artículo.

4. Texto

Estará dividido en las suficientes partes, y ordenado de tal forma, que facilite su lectura y comprensión, ajustándose en lo posible al siguiente esquema:

- 1) Introducción.
- 2) Material y Métodos.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Conclusiones.

5. Referencia bibliográfica

Al final de todo artículo podrá indicarse, si es el caso, la bibliografía o trabajos consultados, no superando las veinticinco (25) citas.

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

Se utilizarán las abreviaturas recomendadas en el *Index Medicus*.

6. Ilustraciones y Tablas

Se utilizarán aquellas que mejor admitan su reproducción.

Las **gráficas** estarán agrupadas al final del texto principal, procurando que la información no se duplique entre sí.

Las **fotografías** se enviarán sobre papel blanco y brillante y con un buen contraste. El tamaño será de 9 x 12 cm.

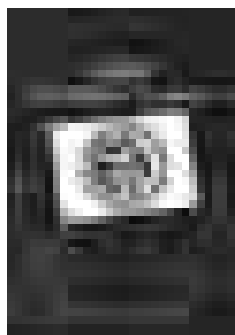
Los gráficos y las fotografías irán numerados en *números arábigos*, de manera correlativa y conjunta, como **figuras**. Se presentarán por separado del texto, dentro de sendos sobres, y los pies de las figuras deben ir mecanografiados en folio aparte.

Las **tablas** se presentarán en folios aparte del texto, con la numeración en *números romanos* y el enunciado correspondiente; las siglas y abreviaturas se acompañarán de una nota explicativa a pie de página.

7. Cartas al Director

En esta sección se incluirán observaciones científicas que conciernan al contenido de la revista y trabajos que por su formato reducido no puedan ser publicados como originales. La extensión no deberá superar dos hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose 1-2 tablas o figuras y hasta cinco citas bibliográficas. ■

RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA



“Gripe. De la epidemia a la pandemia”

J. R. de Juanes Pardo, AA VV
Asociación para la Formación e Investigación en Salud Pública (ASFORISP).

220 páginas. Año de publicación 2007. ISBN: 84-96277-09-7

La gripe epidémica es un tema fundamental en el campo de la Salud Pública, que ha cobrado especial relevancia en los últimos años en relación con la gripe aviar y el riesgo de una nueva pandemia. Aunque se han realizado diferentes documentos a niveles muy variados (desde local hasta internacional) sobre este último punto, la monografía que comentamos tiene la virtud de resumir el conocimiento previo en un formato adecuado para la aplicación práctica.

En un espacio realmente conciso, este texto realiza una revisión necesaria de los antecedentes históricos y la base fisiopatológica de la gripe epidémica, útil tanto para el experto como para el profesional de cualquier ámbito que quiera comprender mejor esta enfermedad y el concepto de la gripe pandémica. Posteriormente describe las medidas de tratamiento y control de la enfermedad, con especial énfasis en la prevención, resultando esta parte del texto muy útil por su enfoque práctico para el profesional en contacto con este tipo de patología. La última parte de la monografía se centra en la gripe pandémica, fundamentalmente en lo que se refiere a la preparación para una eventual aparición y las medidas de control que deberían aplicarse en este caso.

El texto no sólo resulta especialmente interesante por tratar un tema de actualidad, sino por la concisión y amenidad con que lo expone: las medidas de control, tanto para la gripe pandémica como epidémica aparecen explicadas de forma clara y práctica, apoyadas por excelentes tablas y algoritmos, resultando una monografía completa sin resultar pesada, y muy orientada a la práctica, que interesa por su enfoque global tanto a médicos como a DUE, farmacéuticos y resto de personal, sanitario o no, implicado en su manejo. La categoría de sus autores, seleccionados entre los principales expertos en cada una de las áreas tratadas, garantiza la calidad y actualidad de los contenidos, siendo tanto el editor (Profesor De Juanes) como la coordinadora (Dra. Arrazola) a su vez autores de referencia en el campo de la Salud Pública.

En resumen, ésta es una publicación muy aconsejable tanto para el experto que quiera actualizar sus conocimientos como para cualquier profesional en contacto con la gripe, siendo especialmente atractiva no sólo para preventivistas, sino para el personal de Atención Primaria y los Servicios Médicos de Empresa.

Antonio Valdivia Pérez

Médico Interno Residente.

Servicio de Medicina Preventiva.

Hospital Universitario de la Princesa.