

MEDICINA PREVENTIVA

VOL. XVIII Nº 2 2012



Sociedad Española
de Medicina Preventiva,
Salud Pública e Higiene

▶ Editorial

V. Pastor (Pág. 3)

▶ Firma invitada:

La violencia de pareja hacia la mujer desde el punto de vista de los profesionales de atención especializada
Ana Belén Arredondo-Provecho, Isabel Jiménez-Trujillo,
Carmen Gallardo-Pino (Pág. 5)

▶ Originales:

Incidencia de efectos adversos en un hospital de tercer nivel
S. Pérez-Vicente I, M^a A. Fernández, M. J. Velasco, O. Martín,
M^a del Mar Rodríguez (Pág. 14)

Cobertura de la vacuna antigripal en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo).
Comparación de las temporadas 2008-2009 y 2009-2010
J. J. Criado-Álvarez I, R. Tuesta, J. Granados, C. Romo (Pág. 22)

Análisis coste-utilidad de las estatinas en la prevención primaria de eventos cardiovasculares
L. Eduardo Ayala y Beltrán Rubio (Pág. 28)

▶ Protocolos y Documentos de Interés:

Protocolo de vacunación de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
M. Campins, X. Martínez y Y. Cossío (Pág. 37)

▶ Cartas al Director (Pág. 42)

▶ Noticias de la Sociedad (Pág. 43)

▶ Recensión Bibliográfica (Pág. 44)

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

© 2012 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.

Depósito Legal: M-18903-1995

ISSN: 1135-2841

Director:

V. Pastor y Aldeguer (H. U. La Princesa-Madrid)

Comité Redacción:

Dra. C. Bischofberger Valdés (H. El Escorial-Madrid)
Dr. S. Fernández Redondo (H. U. La Princesa-Madrid)
Dra. A. Figuerola Tejerina (H. U. La Princesa-Madrid)
Dra. C. Sanz Sebastián (H. U. La Princesa-Madrid) (Directora adjunta)
Dr. J. R. Villagrasa Ferrer (H. U. La Princesa-Madrid) (Director adjunto)

Comité Editorial:

Dr. J. L. Arribas Llorente (H. U. Miguel Servet-Zaragoza)
Dr. A. Chicharro Papiri (Edimsa-Madrid)
Dr. V. Domínguez Hernández (H. U. Juan Canalejo-A Coruña)
Dr. J. Fernández-Crehuet (H. U. Virgen de la Victoria-Málaga)
Dr. V. Pastor y Aldeguer (H. U. La Princesa-Madrid)
Dr. J. Rosselló Urgell (H. U. Marqués de Valdecilla-Santander)
Dr. J. Vaqué Rafart (H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)

Comité Científico:

D^a. I. Alberó Andrés (H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)
Dr. J. M. Arévalo Alonso (H. de Tagorritxu-Vitoria)
Dr. J. L. Arribas Llorente (H. U. Miguel Servet-Zaragoza)
Dr. A. Asensio (H. U. Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid)
Dr. J. R. Banegas (Facultad de Medicina U. Autónoma-Madrid)
Dr. J. M. Bayas Rodríguez (H. Clínic i Provincial-Barcelona)
Dr. P. Blasco Huelva (Sevilla)
Dr. F. Bolumar Montrull (Facultad de Medicina-Alcalá de Henares)
Dr. F. Calbo Torrecillas (H. Regional U. Carlos Haya-Málaga)
Dr. A. Cerrillo Cruz (H. de Mérida-Badajoz)
Dr. M. Conde Herrera (H. U. Virgen del Rocío-Sevilla)
Dr. A. Cueto Espinar (Facultad de Medicina-Oviedo)
Dr. Cruzet Fernández (Madrid)
Dr. M. Delgado Rodríguez (Facultad de Medicina-Jaén)
Dr. V. Domínguez Hernández (H. U. Juan Canalejo-A Coruña)
Dr. V. Domínguez Rojas (Universidad Complutense-Madrid)
Dr. J. Fereres Castiel (H. Clínic San Carlos-Madrid)
Dr. J. Fernández-Crehuet Navajas (H. U. Virgen de la Victoria-Málaga)
Dr. R. Fernández-Crehuet Navajas (H. U. Reina Sofía-Córdoba)
Dr. R. Gálvez Vargas (Granada)
Dr. J. García Caballero (H. U. La Paz-Madrid)
Dr. J. J. Gestal Otero (H. Clínic Universitario-S. Compostela)
Dr. A. Gil Miguel (Universidad Rey Juan Carlos-Madrid)
Dr. J. I. Gómez López (Zaragoza)

Dr. R. Herruzo (H. U. La Paz-Madrid)
Dr. J. R. de Juanes Pardo (H. U. 12 de Octubre-Madrid)
Dr. J. de la Lama López-Areal (Valladolid)
Dr. P. López Encinar (Hospital Clínic-Valladolid)
Dr. F. J. López Fernández (H. U. Puerta del Mar-Cádiz)
Dr. J. M. Martín Moreno (Facultad de Medicina-Valencia)
Dr. V. Monge Jodra (H. U. Ramón y Cajal-Madrid)
Dr. J. Mozota Ortiz (H. U. Marqués de Valdecilla-Santander)
Dr. V. Pastor y Aldeguer (H. U. La Princesa-Madrid)
Dr. J. del Rey Calero (Madrid)
Dr. F. Rodríguez Artalejo (Fac. Medicina U. Autónoma-Madrid)
Dr. J. R. Sáenz Domínguez (San Sebastián)
Dra. M^a C. Sáenz González (Fac. Medicina U. Salamanca)
Dra. M. Sáinz Martín (H. Clínic San Carlos-Madrid)
Dr. L. Salleras Sanmartí (Facultad de Medicina-Barcelona)
Dr. J. Sánchez Payá (H. General Universitario-Alicante)
Dr. Ll. Serra Majem (H. U. de Las Palmas de Gran Canaria)
Dr. A. Sierra López (H. U. de Canarias-Santa Cruz de Tenerife)
Dr. J. Vaqué Rafart (H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)
Dr. J. L. Vaquero Puerta (H. U. Río Hortega-Valladolid)
Dr. A. Vicente (H. de Móstoles-Madrid)
Dr. J. J. Viñes Rueda (Pamplona)
Dr. J. Yuste Grijalba (Madrid)
Dr. J. Zafra Mezcua (H. U. Puerta del Mar-Cádiz)
Dr. V. Zanón Viguer (H. U. Doctor Peset-Valencia)

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

EDITORIAL

“Un optimista ve una oportunidad en todo problema. Un pesimista ve un problema en toda oportunidad”

Sir Winston Churchill (1874-1965)

En este número, que suele aparecer durante el verano, comenzamos con una *Firma Invitada* dedicada a: “La violencia de pareja hacia la mujer, desde el punto de vista de los profesionales de Atención Especializada”. Aunque el trabajo que nos envía este grupo de investigadores de la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón), y cuya primera firmante es Dña. Ana B. Arredondo, tiene estructura de original, hemos preferido darle mayor realce y convertirlo en Firma Invitada.

La razón principal es que es la primera vez que tratamos este importante tema en nuestras páginas, todavía más cuando el objetivo de la publicación es favorecer la sensibilización y detección precoz de este tipo de maltrato por los profesionales de Atención Especializada.

Hacemos constar que los autores han sido consultados y han aceptado esta modificación.

Los *Originales* que incluimos son:

1. “Incidencia de efectos adversos en un hospital de tercer nivel”, de la Dra. Pérez Vicente y Cols [Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga)] que sigue la línea marcada por el estudio ENEAS sobre Calidad y Seguridad de los Pacientes y cuyo pionero ha sido –y lo sigue siendo– el Dr. J. Aranaz y su grupo de colaboradores.
2. “Cobertura de la vacuna antigripal en el área sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo). Análisis comparativo de las campañas 2008-2009 y 2009-2010.”, del Dr. J. J. Criado y Cols.

Este estudio epidemiológico descriptivo y transversal recoge la comparación de una campaña normal de vacunación antigripal epidémica (2008-2009) con otra de vacunación –además– pandémica (2009-2010). También relaciona los datos con la Incapacidad Temporal (I.T.) registrada en el área sanitaria estudiada, en la mejor tradición sanitaria del uso de indicadores socio-económicos que refuercen las iniciativas en Salud Pública.

Esta línea es seguida por otros autores y utilizada por la propia Administración sanitaria en sus recomendaciones.

3. “Análisis coste-utilidad de las estatinas en la prevención primaria de eventos cardiovasculares”, de los Dres. E. Ayala (Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del H.U. de San Carlos. Madrid) y B. Rubio (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III) respectivamente.

Se trata de un interesante y oportuno artículo sobre esta medicación, que es la más prescrita por los facultativos en el Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, responsable de una parte significativa de la factura farmacéutica.

En la sección *Protocolos y Documentos de interés* contamos con: “Protocolo de vacunación de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal”, de la Dra. M. Campins (Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del H. U. Valle Hebrón. Barcelona).

Este trabajo forma parte de un estudio más extenso que está siendo consensuado con la Sociedad Española de Patología Digestiva y que, por lo tanto, será publicado también en su revista.

La sección *Cartas al Director* recoge la remitida por el Prof. J. R. de Juanes y la Dra. P. Arrazola (H. U. 12 de Octubre. Madrid) y resume lo acaecido en las XX Jornadas Internacionales sobre Actualización en Vacunas, que ellos mismos dirigieron.

La *Recensión Bibliográfica* sobre el texto “La nueva Ley de Salud Pública. Retos y oportunidades”, editado en 2011 por la Fundación salud 2000 –en su colección Bioética y Derecho Sanitario– ha sido realizada de manera sistemática y concienzuda por la Dra. I. Cuevas, Médico Residente de tercer año (Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública La Princesa. Madrid).

Por último, recordando las palabras del “león británico” –que fue militar, político e incluso Premio Nobel de Literatura en 1953– les animamos a considerar como una oportunidad, en nuestra propia actividad, esta problemática situación por la que atraviesa nuestro país.

Atentamente

Dr. Vicente Pastor
Director

Firma invitada

La violencia de pareja hacia la mujer desde el punto de vista de los profesionales de atención especializada

Ana Belén Arredondo-Provecho¹, Isabel Jiménez-Trujillo², Carmen Gallardo-Pino³

¹Enfermera. Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Licenciada en Humanidades.

²Doctora en Epidemiología. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

³Doctora en Medicina. Profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

RESUMEN

Objetivo

Detectar el nivel de conocimientos y las opiniones de los profesionales de atención especializada acerca de la violencia de pareja hacia la mujer después de haber recibido formación específica. Conocer sus dificultades en la intervención y plantear propuestas de mejora.

Metodología

Estudio transversal descriptivo. Se empleó un cuestionario anónimo dirigido a los profesionales que trabajan en atención especializada en los hospitales seleccionados de la Comunidad de Madrid.

Resultados

Han alcanzado un nivel de conocimientos alto y medio tras recibir formación específica, *sin que existan diferencias significativas entre las categorías profesionales estudiadas*. Tienen estereotipos: un 13,7% la asocia con personas que pertenecen a clases sociales bajas; un 12%, que la padecen mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras, y un 6,3% consideran que el agresor es un hombre bebedor, drogadicto o parado. El 95,4% creen que es un problema importante y que pasa desapercibido. Sólo el 50,3% la plantea como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas. Entre los problemas organizativos señalados destacan la presión asistencial, el desconocimiento del procedimiento a seguir y de las competencias de cada profesional y falta de formación específica.

Conclusiones

Aunque se han puesto en marcha medidas importantes en los últimos años y consideran que su labor es importante en la detección de los casos, sin embargo, siguen

existiendo estereotipos que podrían influir en la detección de casos. Reducir las barreras organizativas detectadas e implementar la formación específica podría mejorar la atención integral y de calidad a las personas que padecen esta problemática.

Palabras clave: Mujeres maltratadas. Violencia contra la mujer. Violencia doméstica. Personal de salud. Profesionales de atención especializada. Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Formación.

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja hacia la mujer es una situación frecuente que repercute gravemente sobre la salud de quien la padece (1) y es un importante problema de salud pública (2, 3).

Se puede definir como la expresión de conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja. Son comportamientos recurrentes, basados en una relación de poder desigual (4, 5). Puede adoptar muy diversas formas y generalmente comienza de modo insidioso, por lo que con frecuencia es difícil de reconocer incluso por la propia mujer (6). Suele manifestarse por actitudes de dominio impuestas por la masculinidad e idealizadas por la fantasía femenina como expresión del sentimiento amoroso y que se identifican culturalmente como pruebas o actos de amor; entre otras, cabría señalar la expresión de los celos o las actitudes “protectoras” que impiden la autonomía e independencia de las mujeres (4). Paulatinamente los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. Este proceso de instauración gradual que supone un atentado contra la

integridad de las mujeres, actúa sobre sus sentimientos, sus emociones, sus relaciones afectivas, familiares y sociales, sobre su sexualidad y sobre su cuerpo, dejando una profunda huella (7).

Está presente en cada país, independientemente de culturas, clase social, nivel educativo, etnia y edad. Su dimensión global hace que ninguna sociedad pueda reclamar el privilegio de estar libre de ella (8, 9).

Los profesionales de la salud no podemos permanecer ajenos, ya que nuestra intervención es necesaria en la prevención, detección y atención integral a las personas que la padecen. La formación es clave para ofrecer una respuesta efectiva y de calidad a un problema tan complejo.

La Comunidad de Madrid, en los últimos años, ha realizado importantes avances, tanto en la sensibilización y prevención como en el área asistencial y legislativa. Entre otras actuaciones, ha desarrollado un programa formativo, integrado dentro del Plan Anual de Formación Continuada, dirigido a los distintos profesionales de la salud que participan en cualquiera de las etapas de asistencia a las mujeres. Enmarca esta estrategia de formación en el trabajo de la Comisión Técnica contra la violencia de Género de la Consejería de Sanidad y Consumo y es asumida además por la Agencia Laín Entralgo, por la Subdirección General de Salud Pública y por el Servicio Madrileño de Salud. Esto está en estrecha relación con la incorporación de dos guías de actuación que sirvan como herramienta a los profesionales, una específica para atención primaria (10) y otra para atención especializada (11).

Se ha iniciado una línea de trabajo para la incorporación de la perspectiva de género y de la problemática de la violencia contra las mujeres en la formación de grado y posgrado en las disciplinas relacionadas con ciencias de la salud.

Por otra parte, el desarrollo de los aspectos de estructura y organización hospitalaria contemplan la constitución en los hospitales de la Comisión contra la violencia en Junio de 2006, cuya misión es servir de órgano asesor a la Junta Técnico-Asistencial y a la Dirección Asistencial. Sus objetivos están alineados con los objetivos específicos elaborados y aprobados en el grupo de trabajo de Atención Especializada y Salud Pública dependiente de la Comisión Técnica para la coordinación de las acciones orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres afectadas por la violencia de pareja (12). Para hacer efectivos algunos objetivos que tiene esta comisión, como sensibilizar a los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia y facilitar los instrumentos necesarios para garantizar la adecuada atención sanitaria mediante información actualizada, se hace imprescindible un programa de formación unificado para todos los profesionales de atención especializada.

En este sentido, los profesionales implicados en el plan formativo, nos planteamos como objetivo de este estudio detectar el nivel de conocimientos y las opiniones de los profesionales de atención especializada acerca de la violencia de pareja hacia la mujer después de haber recibido formación específica. Conocer sus dificultades en la intervención y plantear propuestas de mejora.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante una encuesta anónima autoadministrada a los profesionales de atención especializada después de haber recibido formación específica para la valoración de los objetivos propuestos. Utilizamos un cuestionario validado mediante su uso en un estudio de similares características realizado por profesionales sanitarios del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella en el año 2002 (13). Este cuestionario ya lo habíamos utilizado previamente en atención especializada antes de comenzar el programa de formación de la Comunidad de Madrid en el área 8 en el año 2008 (14). Incluimos todas las categorías profesionales a quienes van dirigidos los cursos de formación y que conforman el equipo multidisciplinar que está en contacto con la persona que padece esta situación cuando acude a un hospital. Se modificaron algunos términos de la encuesta original: "Violencia doméstica" por "Violencia de pareja hacia las mujeres", que es el término utilizado de forma unánime por el Servicio Madrileño de Salud.

Entre todos los hospitales pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud en los que se impartió formación entre Enero del año 2010 y Junio de 2011, se eligieron 8 al azar y se distribuyó el cuestionario a los profesionales al finalizar los cursos de formación.

La encuesta se distribuyó a un total de 200 profesionales, que la respondieron voluntaria y anónimamente. Consta de 26 ítems más los datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil y categoría profesional. Se utilizan preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre dos o más opciones y preguntas abiertas con el fin de valorar tres dominios:

- A) EL nivel de conocimientos adquiridos sobre el tema impartido. Las preguntas que se refieren a este apartado son las siguientes: 1, 3, 4, 4.1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15 y 16. Se calcula el porcentaje global de aciertos por cada categoría profesional y el nivel de conocimientos. Consideramos un nivel de conocimientos bajo si el número de preguntas referenciadas en este apartado acertadas es menor o igual a 5. Medio, entre 6 y 10 aciertos y alto, mayor o igual a 11 aciertos.
- B) Las opiniones de los profesionales y sus procedimientos de actuación habituales frente a la violencia de pareja hacia la mujer. Se analizan los procedimientos de actuación en las preguntas 18 y 19 y sus opiniones en las preguntas 12, 13, 17, 20, 21 y 22. También se valoran propuestas de mejora mediante las preguntas abiertas 23 y 24.
- C) Barreras organizativas: valorando problemas funcionales y estructurales de los servicios sanitarios de atención especializada y sus posibles soluciones, mediante preguntas abiertas en la 25 y 26.

Los datos se recogieron en una base de datos Access diseñada para el estudio. Las variables cuantitativas se resumen con el valor mínimo, máximo, media y desviación típica. Las variables cualitativas se resumen mediante distribución de frecuencias e intervalo de confianza del 95%. Con la finalidad de comparar las respuestas obtenidas en la encuesta en función de la variable categoría profesional se empleó la prueba de chi-cuadrado. El análisis de los datos se realiza mediante el programa SPSS 17.0 para Windows.

RESULTADOS

La encuesta se distribuyó a 200 profesionales de los 8 hospitales seleccionados aleatoriamente al finalizar el curso de formación. Se obtiene una tasa de respuesta del 87,5%.

La distribución por variables sociodemográficas de los profesionales encuestados en cuanto a la edad, sexo, estado civil, categoría profesional, media de casos vistos en su trabajo asistencial rutinario y de horas de formación que han recibido, se muestran en la Tabla I.

Respecto a la pregunta 4 que hace referencia a si existe protocolo de actuación en su hospital y la 4.1 cuando existe, si lo conocen los profesionales para aplicarlo en su labor asistencial, hemos obtenido los siguientes resultados: el 50,9% (89) de los profesionales saben que existe protocolo de actuación en su hospital, pero sin embargo, sólo lo conocen el 30,9% (54).

A pesar de la importancia que los profesionales encuestados han dado a este problema de salud, el 43,4% (76) desconocen el porcentaje de casos no diagnosticados en su trabajo cotidiano.

Tabla I. Distribución por variables sociodemográficas de los profesionales encuestados

| | Media | DE | Mínimo | Máximo |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------|--------|
| Edad | 35,82 | 8,654 | 20 | 57 |
| Nº de casos vistos | 1,41 | 3,88 | 0 | 42 |
| Nº de horas formación | 14,31 | 6,328 | 10 | 25 |
| Sexo | Frecuencia | Porcentaje | | |
| Hombre | 16 | 9,10% | | |
| Mujer | 141 | 80,60% | | |
| N/C | 18 | 10,30% | | |
| Estado Civil | | | | |
| Casados | 57 | 32,60% | | |
| Solteros | 82 | 46,90% | | |
| Sep/Div | 10 | 5,70% | | |
| Otros | 3 | 1,70% | | |
| N/C | 23 | 13,10% | | |
| Categoría profesional | | | | |
| Enfermeras/os | | | | |
| Matronas | | | | |
| Fisioterapeutas | 105 | 60,30% | | |
| TCAE | 51 | 29,30% | | |
| Médicos/as | 6 | 3,40% | | |
| T. Social | 1 | 0,60% | | |
| N/C | 11 | 6,30% | | |
| DE: desviación estándar. N=175. | | | | |

Para un porcentaje de profesionales, el 13,7% (24), la violencia se asocia a las clases sociales bajas, lo que denota que los contenidos del programa formativo que contemplan este aspecto de manera explícita, no son asimilados por un pequeño porcentaje de profesionales.

Es preocupante que un 38,9% (68) de los profesionales desconoce la repercusión legal que tiene el no comunicar los casos de violencia a otros profesionales más competentes en la materia.

El porcentaje de respuestas acertadas en las preguntas que hacen referencia al nivel de conocimiento que han adquirido los profesionales fue de forma global en todos los colectivos profesionales de un 32,8% (57) para un nivel de conocimientos de grado alto y un 59,2% (103) para un nivel de grado medio (Figura 1). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las categorías profesionales que participaron. Después de recibir formación, ninguna categoría profesional estudiada tiene un nivel bajo de conocimientos acerca de la materia impartida. Esto denota una cualidad positiva de la misma (Tabla II).

El 95,4% (167) de los profesionales piensan que la violencia es un problema muy importante o bastante importante y además que es muy frecuente o bastante frecuente 90,9% (159), pero sin embargo, pasa desapercibido para el 98,3% (172) de los profesionales encuestados, mientras que sólo el 0,6% (1) considera que se comunica esta situación. Sólo el 49,1% (86) mantienen una actitud expectante y además el 50,3% (88) se plantean la violencia como diagnóstico diferencial cuando la mujer acude a su servicio con una lesión física (Tablas II y III).

Hay profesionales que siguen relacionando la violencia de pareja hacia la mujer con mujeres más vulnerables y dependientes económicamente del marido: amas de casa, el 1,7% (3); mujeres sin estudios, el 3,4% (6); extranjeras, el 6,9% (12); siendo ésta una situación que afecta por igual a todo tipo de mujer, como responden el 92,6% (162).

Cada vez existen, entre los profesionales de las distintas categorías profesionales encuestadas, menos estereotipos acerca del hombre que propicia la agresión, pero sigue existiendo un pequeño porcentaje de profesionales que tienen estereotipos, lo cual podría influir en la detección de los casos de violencia. El 6,3% (11), piensan que quien propicia la violencia son hombres bebedores, consumidores de drogas o que están en paro.

Un 93,1% (163) de los profesionales opina que la identificación de los casos de violencia de pareja hacia la mujer y la solución de sus problemas debe ser una labor multidisciplinar, que compete a la policía, jueces, psicólogos, trabajadores sociales y a los propios sanitarios. En relación a la infradetección de los casos, los profesionales consideran que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos profesionales implicados: 68,0% (119); que las mujeres necesitan más ayuda, no disponen todavía de las facilidades necesarias: 19,4% (34); las propias mujeres piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda: 13,7% (24); y que las mujeres deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más ayuda: 3,4% (6).

Para el 64,0% (112) de los profesionales hay problemas estructurales y organizativos que impiden diagnosticar estos casos (Tabla III).

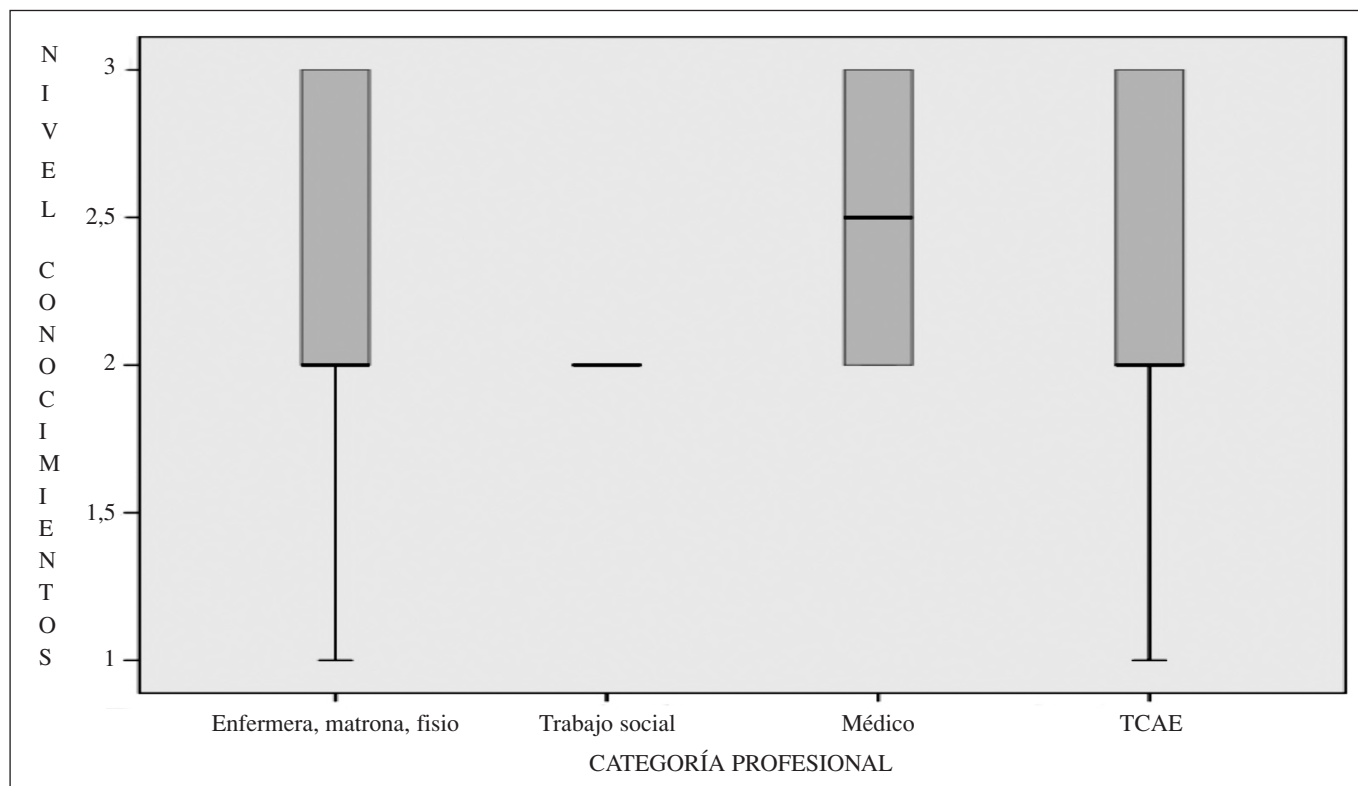


Figura 1. Nivel de conocimientos post-formación.

DISCUSIÓN

A pesar de la repercusión del problema en la sociedad actual, de su impacto sobre la salud de quien la padece y de sus dependientes y del esfuerzo tan importante que está haciendo la Comunidad de Madrid en la formación de los profesionales sanitarios de atención especializada, sigue existiendo un pequeño porcentaje de ellos que mantienen estereotipos respecto a la persona que padece la violencia y sobre quien la propicia que no se corresponden con la bibliografía actual disponible y que pueden influir en la infradetección de los casos y dificultar la asistencia integral a este tipo de pacientes, como se observa en estudios anteriormente publicados (13, 14, 18). Estos estudios muestran junto con el conjunto de la revisión bibliográfica consultada que la violencia de pareja hacia la mujer no está relacionada con las clases sociales, sino que se trata de un problema que afecta por igual a todas las clases sociales y así se transmite en los cursos de formación.

Si bien el 95,4% (167) de los encuestados consideran que la violencia de pareja hacia la mujer es un problema importante o bastante importante y el 90,9% (159), que además es frecuente, sin embargo declaran que pasa desapercibido el 98,3% (172) de las veces y un 50,3% (88) de los profesionales se plantea la violencia como diagnóstico diferencial cuando la mujer acude a su consulta con lesiones físicas. La violencia de pareja hacia la mujer, está presente en nuestro entorno más cercano y así lo declaran un 53,1% (93) de los profesionales. Pero cuando hablamos de los casos que han visto en su trabajo, las cifras son diferentes: han visto una media de 1,41 (DE 3,88), mínimo de 0 y máximo de 42

en su día a día asistencial. Detectamos una diferencia considerable entre la sensibilización de los profesionales respecto a la frecuencia e importancia del problema y la escasa cifra de casos reales detectados por ellos en su labor asistencial rutinaria. Teoría y práctica no parecen ir a la par en esta problemática tan compleja. Esto abre la puerta a la reflexión sobre los factores que están influyendo en este aspecto y plantear nuevos estudios que nos ayuden a detectarlos.

En cuanto a mantener una actitud expectante y la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial que haga posible la detección del problema, los resultados obtenidos en nuestro estudio presentan una ligera mejoría respecto a los previos, aunque todavía se podrían mejorar (19), pero podríamos decir que cada vez los profesionales sanitarios están más sensibilizados con este problema.

Recientemente, la Comunidad de Madrid ha puesto a disposición de los profesionales de atención especializada una Guía de actuación para abordar la violencia de pareja hacia la mujer (11), con el fin de facilitar una herramienta que posibilite su trabajo con este tipo de paciente. La formación se imparte tomando como referencia esta guía, que está a disposición de todos los profesionales y de manera particular se entrega en la formación como material de apoyo. Además, cada hospital, a través de la Comisión contra la violencia, está trabajando en la adaptación de esta guía a las peculiaridades de cada hospital, con el fin de que resulte práctica a nivel asistencial. Entre sus contenidos están incluidos recursos y contempla aspectos éticos y legales. En este momento se está trabajando en otra guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios.

Tabla II. Comparación del nivel de conocimientos por categoría profesional

| Preguntas | Global (%) | IC del 95% | | Categoría profesional | | | | Significación |
|--------------------------------|--------------|------------|----------|---|-------------|------------|-----------|---------------|
| | | Inferior | Superior | Enfermería Matrona Fisioterapeuta | TCAE | Medicina | T. Social | |
| P 1 | 93 53,1% | 5,71% | 60,49% | 54 58,1% | 27 29,0% | 5 5,4% | 1 1,1% | p=0,419 |
| P 3 | 98 56,0% | 48,65% | 63,35% | 60 61,9% | 22 22,7% | 5 5,2% | 1 1,0% | p=0,203 |
| P 4 | 89 50,9% | 43,49% | 58,31% | 54 60,7% | 22 24,7% | 6 6,7% | 0 0,0% | p=0,008 |
| P 4.1 | 54 30,9% | 24,05% | 37,75% | 25 46,3% | 16 29,6% | 6 11,1% | 0 0,0% | p=0,000 |
| P 5 | 96 54,9% | 47,53% | 62,27% | 66 68,8% | 22 22,9% | 1 1,0% | 1 1,0% | p=0,074 |
| P 6 | 159 90,9% | 86,64% | 95,16% | 97 61,4% | 45 28,5% | 5 3,2% | 1 0,6% | p=0,691 |
| P 7 | 172 98,3% | 96,38% | 100,22% | 104 60,8% | 49 28,7% | 6 3,5% | 1 0,6% | p=0,701 |
| P 8 | 120 68,6% | 61,72% | 75,48% | 72 60,5% | 31 26,1% | 5 4,2% | 0 0,0% | p=0,004 |
| P 9 | 76 43,4% | 36,06% | 50,74% | 54 71,1% | 15 19,7% | 5 6,6% | 0 0,0% | p=0,001 |
| P 10 | 117 66,9% | 59,93% | 73,87% | 75 64,7% | 29 25,0% | 4 3,4% | 1 0,9% | p=0,464 |
| P 11 | 143 82,2% | 76,53% | 87,87% | 85 59,4% | 44 30,8% | 4 2,8% | 1 0,7% | p=0,800 |
| P 14 | 131 74,9% | 68,48% | 81,32% | 79 60,8% | 36 27,7% | 4 3,1% | 1 0,8% | p=0,097 |
| P 15 | 104 59,4% | 52,12% | 66,68% | 63 60,6% | 26 25,0% | 3 2,9% | 1 1,0% | p=0,037 |
| P 16 | 144 82,3% | 76,65% | 87,95% | 87 60,4% | 41 28,5% | 4 2,8% | 1 0,7% | p=0,378 |
| % medio de conocimientos Alto | 57 32,8% | 25,84% | 39,76% | 31 54,4% | 16 28,1% | 3 5,3% | 0 0,0% | p=0,395 |
| % medio de conocimientos Medio | 103 59,2% | 51,92% | 66,48% | 66 64,1% | 29 28,2% | 3 2,9% | 1 1,0% | p=0,395 |

Sin embargo, casi la mitad de los profesionales no saben que existe y un 30,9% (54) saben que existe, pero no la conocen. Este porcentaje lo consideramos alto, pero sin embargo, consideramos que después de la formación les resultará más fácil conocerla y utilizarla como una herramienta de trabajo en su día a día profesional, ya que les puede aportar

información necesaria que facilite su labor asistencial en una problemática tan compleja.

La ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género (16) contempla que, ante la mera sospecha, el profesional debe ponerlo en conocimiento de la autoridad competente y así se contempla

Tabla III. Opinión de los profesionales por categoría profesional

| Preguntas | Global | IC del 95% | | Categoría profesional | | | | Significación |
|-----------|-------------|------------|----------|---|-------------|-----------|-----------|---------------|
| | | Inferior | Superior | Enfermería Matrona Fisioterapeuta | TCAE* | Medicina | T. Social | |
| 12 | 162 92,6 | 88,72% | 96,48% | 98 60,9% | 46 28,6% | 6 3,7% | 1 0,6% | p= 0,339 |
| 13 | 162 92,6 | 88,72% | 96,48% | 98 60,9% | 46 28,6% | 6 3,7% | 1 0,6% | p= 0,339 |
| 17 | 167 95,4 | 92,30% | 98,50% | 103 62,0% | 47 28,3% | 6 3,6% | 1 0,6% | p= 0,309 |
| 18 | 86 49,1 | 41,69% | 56,51% | 55 64,0% | 21 24,4% | 3 3,5% | 1 1,2% | p= 0,000 |
| 19 | 88 50,3 | 42,89% | 57,71% | 53 60,9% | 25 28,7% | 5 5,7% | 1 1,1% | p= 0,248 |
| 20 | 73 41,7 | 34,39% | 49,01% | 43 58,9% | 25 34,2% | 2 2,7% | 0 0,0% | p= 0,024 |
| 21 | 163 93,1 | 89,34% | 96,86% | 98 60,5% | 50 30,9% | 5 3,1% | 1 0,6% | p= 0,000 |
| 22 A | 6 3,4 | 0,71% | 6,09% | 2 33,3% | 4 66,7% | 0 0,0% | 0 0,0% | p= 0,000 |
| 22 B | 119 68,0 | 61,09% | 74,91% | 77 64,7% | 32 26,9% | 4 3,4% | 1 0,8% | p= 0,000 |
| 22 C | 24 13,7 | 8,61% | 18,79% | 15 62,5% | 7 29,2% | 1 4,2% | 0 0,0% | p= 0,000 |
| 22 D | 34 19,4 | 13,54% | 25,26% | 19 57,6% | 10 30,3% | 2 6,1% | 0 0,0% | p= 0,000 |
| 25 | 112 64,0 | 56,89% | 71,11% | 69 62,2% | 32 28,8% | 6 5,4% | 0 0,0% | p= 0,002 |

*TCAE: Técnico en cuidados auxiliar de enfermería.

también en la Ley Integral 5/2005, contra la violencia de Género de la Comunidad de Madrid (17).

A la vista de estos resultados, parece necesario seguir impartiendo formación específica para que los profesionales conozcan las herramientas que les facilitarán la intervención en un problema tan complejo.

Pasados ya casi seis años de la entrada en vigor de la Ley Integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid (17), los profesionales de atención especializada siguen teniendo obstáculos para la detección precoz y la asistencia a las personas que padecen violencia de pareja, que coinciden con los encontrados en trabajos anteriores, tanto con los llevados a cabo en España (13, 14, 19, 20, 21), como con los realizados en otros países (22, 23). Los problemas que con más frecuencia se repiten son: la falta de tiempo para indagar acerca de la violencia debido a la sobrecarga asistencial, el desconocimiento de la guía de

actuación y de las competencias profesionales, la falta de formación específica, la falta de coordinación eficaz con otros profesionales. Estos datos reflejan que si bien hay un conocimiento general entre los profesionales de la importancia de la violencia en la salud de las mujeres, sin embargo no han adquirido todavía recursos específicos suficientes como para responder con solvencia ante los casos concretos (21).

Es importante señalar que en el estudio hemos encontrado una tasa de participación más alta que en otros estudios previos (13, 14, 21). Esto podría indicar la motivación de los profesionales que se apuntan a los cursos de formación, pero no resulta relevante, ya que los profesionales que se forman podrían ser también los más sensibilizados en esta problemática (20).

Entre las limitaciones que hemos detectado en el estudio, destaca que habría sido conveniente realizar la encuesta en

**ANEXO 1. Contenido del cuestionario utilizado para el estudio.
Siendones Castillo R, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios (13)**

LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER (VPHM) Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS: CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y FARRERAS PARA LA DETECCIÓN Y LA ASISTENCIA

1. Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno: SÍ NO
2. ¿Cuántos casos habrás visto en los últimos tres meses durante tu jornada laboral? [].
3. ¿Sabías que en tu hospital se ha constituido un grupo de trabajo sobre violencia de género?
 SÍ, ya lo sabía NO, es la primera noticia que tengo del tema
4. ¿Existe protocolo interno de tu servicio para la atención sanitaria de estos pacientes? SÍ NO
En caso de existir, ¿lo conoces? SÍ NO
5. Crees que el significado de “Violencia doméstica; Malos tratos; Violencia de género” es el mismo o que hay diferencias entre ellos.
 Son similares los tres Hay diferencia (explícalo)
6. Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema:
 Muy frecuente Bastante frecuente Algo frecuente Poco frecuente
7. Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren: Comunican su situación Pasan desapercibidas
8. ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la violencia doméstica? SÍ NO. Explícalo
9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales?
 10-30% 30-50% 50-70% 70-90%
10. Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):
 Físico Psicológico Sexual
11. Se asocian más la violencia doméstica a clases sociales... Altas Bajas Las dos por igual
12. Según tu opinión, las mujeres que sufren maltrato con más frecuencia son:
 Amas de casa Mujeres sin estudios Extranjeras Cualquier tipo de mujer
13. Habitualmente el maltratador es un hombre:
 Bebedor Consumidor de drogas En paro “Como otro cualquiera”
14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?
 Nivel sociocultural bajo Estar en trámites de separación o divorcio Nivel socioeconómico bajo
15. Conoces las repercusiones legales que puede derivar de no declarar un caso evidente de violencia doméstica.
 SÍ NO
16. Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica.
 SÍ NO
17. ¿Crees que es importante el problema?
 Muy importante Bastante importante Algo importante Poco importante
18. En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos:
 Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre No
19. En tu trabajo, ante un/a paciente con lesiones físicas, te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato.
 Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre No
20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia doméstica?
 Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre No
21. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto más de la/os.
 Policía Jueces Psicólogos Trabajadores sociales Sanitarios Todos
22. ¿Cuál de estas opiniones crees que se adaptan más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?
A: Creo que las pacientes que sufren malos tratos deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad
B: Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.
C: Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.
D: Creo que las pacientes que sufren violencia doméstica no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.
23. ¿Cuál crees que son las principales funciones de los sanitarios y las urgencias en este problema?
24. Si quisieras modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación. ¿Con qué 3 razonamientos lo harías?
25. Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos: SÍ NO. ¿Por qué?
26. Si pudieras cambiar la organización funcional de tu lugar de trabajo, ¿qué cambiarías para mejorar la capacidad de identificación de estas pacientes?

Categoría profesional: Enfermero/a Auxiliar Médico/a Celador/a

Sexo: Hombre Mujer. **Edad:** **Estado Civil:**

todos los hospitales de Madrid en los que se ha impartido formación, con el fin de tener una muestra más representativa y conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos para implementar la formación en aquellos en los que se detecten más carencias, así como haber realizado una estimación de encuestas por categoría profesional que mejorara las comparaciones entre las diferentes categorías profesionales, evitando diferencias tan importantes en la tasa de respuesta por categoría profesional.

Destacamos la importancia que supone la implicación de otros colectivos en este problema que se escapa de una solución meramente sanitaria y la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinar que sea capaz de garantizar la seguridad de la persona que padece una situación de violencia. La coordinación es clave en este abordaje integral y más de la mitad de los profesionales encuestados piensan que tiene que mejorar. Sería necesaria una formación conjunta y unos protocolos de actuación complementarios y coordinados con el fin de garantizar la seguridad a la persona que padece esta situación (19, 20, 21, 22).

Según un estudio reciente del Servicio Madrileño de Salud sobre la aproximación de los costes sanitarios (24), se estima un coste anual de 27.264.897,78 euros, que oscila según las asunciones entre un mínimo de 14.475.952,53 euros y un máximo de 40.544.354,00 euros en atención especializada, incluyendo: consultas externas, ingresos hospitalarios, urgencias, enfermería, consumo de fármacos y pruebas complementarias, sin dejar de lado el coste humano que una sociedad democrática no se puede permitir. El mismo estudio muestra que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja, en términos generales, tienen peor salud autopercebida y mayor morbilidad crónica. Refieren más accidentes en el último año, mayor número de consultas por problemas de estado de ánimo y superior déficit de descanso. Estos resultados son concordantes con la observación de limitación de las actividades de la vida cotidiana (25). No podemos dejar de lado el coste en víctimas mortales de los últimos años: 84 (2010) según los datos del Consejo General del Poder Judicial (26).

Desde la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), se han planteado diferentes planes de actuación en todos los países. Este tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas con el fin de proteger y promover el respeto a los derechos de las mujeres, que entró en vigor en 1981 y ha sido ratificado por 186 Estados Miembros de las Naciones Unidas, define claramente lo que constituye un acto de discriminación contra las mujeres y establece un exhaustivo programa de trabajo para alcanzar la igualdad de género. De esa manera, reconoce que, como resultado de la discriminación histórica, las mujeres no se encuentran en igualdad de condiciones frente a los hombres y, por ende, algunas leyes que formalmente promueven la igualdad pueden producir mayor desigualdad para algunas de ellas. Por ello, la Convención se basa en el concepto de igualdad sustantiva, que se enfoca en los resultados e impactos materiales de las leyes y políticas de género (27).

Esto es señal del compromiso con el respeto a los derechos humanos de mujeres y niñas y de la voluntad para trabajar en pos de la eliminación de las barreras que impiden lograr mayor igualdad y la justicia de género, se tomó como punto de partida para proponer a los gobiernos implementar

un programa de reforma que persigue tres objetivos: eliminar la discriminación explícita contra las mujeres; ampliar la protección del estado de derecho a la esfera privada, y asumir la responsabilidad por los efectos de las leyes sobre las mujeres. Todos los Estados han tomado desde entonces un compromiso que, sin embargo, no acabamos de ver efectivo.

Se han realizado avances legislativos importantes y muchos estudios en este campo, pero queda un largo camino por recorrer para erradicar un problema tan complejo.

En la prevención, resulta fundamental el papel de la educación: educar a la juventud en el respeto mutuo es una estrategia adecuada para combatir la violencia, como refleja este estudio consultado (28.)

Dirección para correspondencia:

Ana Belén Arredondo Provecho.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
C/ Budapest, nº 1. 28922 Alcorcón (Madrid).
Correo electrónico: abarredondo@fhalcorcon.es
Teléfonos: 916 12 60 43. 63 53 30 497.

Agradecimientos

A todos los profesionales de atención especializada que asistieron a los cursos de formación y particularmente, a los que realizaron la encuesta.

A los miembros de las Comisiones de Violencia de los hospitales, por hacer posible que esta formación se haya podido impartir en sus hospitales, por su esfuerzo y dedicación.

A todos los profesionales que han participado en el diseño de la formación, docentes y coordinadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plazaola-Castaño J, Ruiz I. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica*. Med Clin (Barc).2004; 122: 461-7.
2. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín- García M. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 1: 182-8.
3. Larizgoitia I. *La violencia también es un problema de salud pública*. Gac Sanit. 2006; 20 Supl 1: 63-70.
4. Ferreira GB. *Hombres violentos Mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*. 2ªed. Buenos Aires: Ed Sudamericana 1992.
5. Varela N. *Íbamos a ser Reinas. Mentiras y complicaciones que sustentan la violencia contra las mujeres*. 2ª ed. Barcelona: crónica actual 2002.
6. Larrión Zugasti JL, Paúl Ochotorena de J. *Mujer, violencia y salud*. Med Clin. Barcelona 2000; 115:620-24.
7. Bergman B, Brismar B. *Suicide Attempts by battered wives*. Acta psychiatr scand 1991; 83:380-384.
8. American Medical Association. *Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence*. Chicago, IL: American Medical Association,1994
9. Instituto de la Mujer. *Macroencuesta sobre "violencia contra las mujeres"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
10. *Guía de Apoyo en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid para abordar la Violencia de Pareja Hacia la Mujer*. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA-VPM.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202765810355&ssbinary=true>
11. *Guía de actuación especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid. Disponible en www.madrid.org

12. Informe de violencia de género 2006. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Catálogo general de publicaciones oficiales <http://www.060.es>
13. **Siendones Castillo R**, et al. *Violencia doméstica y profesionales sanitarios*. Emergencias 2002; 14 (5):224-232.
14. **Arredondo Provecho AB**, et al. *Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud en atención especializada acerca de la violencia de género*. Enferm Clín. 2008;18(4):175-82.
15. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.2003. Disponible en: www.madrid.org/sanidad.
16. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE nº 313 (29 de diciembre 2004).
17. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la violencia de Género de la Comunidad de Madrid. BOCM nº 310 (29 de diciembre de 2005).
18. Consejo General de Enfermería. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la violencia de género (Internet). Madrid: CGE; 2004. [Accedido el, 14 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.cge.enfermermundi.com/servlet/Satellite/cid=1102684712873&pagename=SiteCGE%2FPa-ge%2FTplPageGenerica&p=1096635001372>
19. **Pueyo J**. *La actitud del personal sanitario ante el maltrato contra las mujeres*. En: Primeras Jornadas sobre violencia intrafamiliar (internet). Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2002. [Accedido el, 4 Mayo 2011]. Disponible en: http://www.unizar.es/sociología_jurídica/viointrafamiliar/pueyo.pdf
20. **Larrauri Barandela MJ, Rodríguez Alonso E, Castro Feijóo TM, Pérez Zorelle A, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA**. *Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de Género*. Revista Páginasenferg.com. Volumen II nº7. Septiembre 2010.
21. **Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C**. *Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010*. Rev Esp Salud Pública 2012; 86: 85-99.
22. **Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J**. *Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México*. Salud Pública Méx 2003; 45(6): 472-482.
23. **Rodríguez-Bolanos R A, Márquez-Serrano M Kageyama-Esco-bar M L**. *Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua*. Salud Pública Méx 2005; 47(2): 134-144.
24. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública. Servicio Madrileño de Salud. 2008.
25. **Vives Cases C, Álvarez Dardet C, Gil González D, Torrubiano Domínguez J, Rohlfs I, Escribá Aguir V**. *Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España*. Gac Sanit, 2009; 23 (5):410-414.
26. Datos Estadísticos Judiciales en aplicación de la L.O. 1/2004 Observatorio Contra la Violencia Doméstica y de Género 2010. [Accedido el, 7/07/2011]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpi/cgpi/principal.htm>
27. La eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas 2005/41 del 19 de abril de 2005. [Accedido el, 14 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3447.pdf>
28. **Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Navarro Guzmán C**. La violencia de Género en la formación universitaria. Análisis de factores predictores. Anales de psicología 2011, vol 27, nº2 (mayo), 435-446.



Original

Incidencia de efectos adversos en un hospital de tercer nivel

S. Pérez-Vicente¹, M^a A. Fernández², M. J. Velasco³, O. Martín², M^a del Mar Rodríguez²

¹Unidad de Calidad. Agencia Pública Empresarial Sanitaria, Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario de Toledo.

RESUMEN

Objetivo

Medir la incidencia y características de los Efectos Adversos (EA) registrados en un hospital de tercer nivel.

Métodos

Cohorte retrospectiva de pacientes ingresados en Cirugía General, Medicina Interna y UCI, por ser donde se presenta mayor frecuencia y/o magnitud de EA.

A partir de una estimación de EA del 20%, la muestra fue de 349. Se identificó el EA a partir de una hoja de cribado y se confirmó con el MRF2.

Resultados

Se revisaron 365 historias. Se cribaron 31,2% de pacientes con posible EA y se confirmaron 16,2% como verdaderos positivos. El total de EA fue 77, en el 82,4% existen evidencias de evitación.

Los de mayor magnitud: infección nosocomial, 4,1% y reacción adversa medicamentosa, 3,5%.

Conclusiones

El porcentaje de EA presente en el hospital es alto, así como el grado de evitación de muchos de ellos; se deberían implantar procedimientos que permitan disminuir los EA más incidentes.

Palabras clave: Seguridad del paciente, efecto adverso, evitación.

ABSTRACT

Objective

To measure the incidence and characteristics of the adverse effects (AE) registered in the Virgen de las Nieves University Hospital in Granada, Spain

Methods

Retrospective cohort of patients in General Surgery, Internal Medicine and Critical Care departments, given the higher frequency and importance of AE registered.

For an estimation of 20% of AE, the sample was 349. AE were identified from screening questionnaire and were confirmed with the MRF2 questionnaire.

Results

Were inspected 365 clinical history. 31.2% patients with possible AE were found and were confirmed 16.2%. The total AE number was 77. In 82.4% of the cases evidence of trying to avoid the AE was found. More frequently; nosocomial infections, 4.1% and medication produced reactions, 3.5%.

Conclusions

The percentage of EA present in the hospital is high and and avoidability is high in most of the cases. Should take this into account to try to decrease the number of the most incident AE.

Key words: Patient security, adverse effect, avoiding.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la función del paciente dentro del sistema sanitario ha variado, de manera que hoy día interviene en el proceso asistencial de su enfermedad de forma mucho más activa. Esto hace que el usuario del sistema sanitario sea más sensible a la seguridad de la asistencia médica. Los riesgos derivados de ésta ya no son vistos como necesarios para acceder a las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento. Prueba de ello es el creciente número de litigios por mala praxis. Es por ello por lo que el principio básico de la bioética, la no maleficencia, está cada día más en la mente de pacientes, gestores y sanitarios.

Efecto adverso (EA) es toda lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial (1). La OMS pone en marcha la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, indicando algunos principios al respecto (2):

- Prevenir los EA en lo posible.
- Aprender de ellos.
- Implantar sistemas de notificación y registro.
- Mitigar las consecuencias cuando se produzcan.

La tasa de EA en estudios realizados en hospitales de EE.UU., Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá, ha sido estimada entre un 4 y un 17%, destacando que del total de EA se consideraron evitables un 42,8%, y que un 55% fueron clasificados como moderados o graves. En el 70% de los casos, el EA condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% éstas fueron permanentes y en un 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte (3-11).

En estos mismos estudios, la incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria se estimó entre un 2,9% y un 17,2%.

Según una revisión sistemática realizada en Embase, Cochrane y Medline, sobre EA, la incidencia de éstos fue de un 9,2%, siendo un 43,5% de los mismos considerados evitables, concordando con los estudios anteriores. Más de la mitad de los pacientes (56,3%) experimentaron una mínima o ninguna discapacidad y un 7,4% falleció por el EA (12).

Distintos estudios confirman una relación estadísticamente significativa entre los EA y un aumento en los días adicionales de ingreso en estancia hospitalaria (12,13). El aumento de estancias incrementa la probabilidad de desarrollar uno o más EA.

Según los datos del estudio ENEA 2005 (Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la hospitalización), en España la incidencia de EA es de 9,3% (14). Estas cifras han condicionado la reacción de la OMS, creando la "Clasificación Internacional par la Seguridad del Paciente (CISP)" (15). Este documento está dirigido a normalizar y consensuar los principales conceptos en el campo de la seguridad del paciente.

Es necesario conocer la epidemiología de los EA antes de desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos y/o medidas de control para minimizarlos. La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los innecesarios, y la prevención de aquellos que hay que asumir de forma inevitable (16). La preocupación por este tema es tal que organismos internacionales (OMS), nacionales (Ministerio de Sanidad y Política Social) y autonómicos (Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) han puesto en marcha medidas de prevención y evitación.

El objetivo de este estudio ha sido el de analizar la incidencia de EA en los Servicios del HUVN identificados por estudios previos (17) como los de mayor incidencia de EA y mayor posibilidad a la hora de tomar medidas de prevención y control, debido no sólo a las características de los EA, sino a las causas de su aparición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de incidencia retrospectivo en el que la población de estudio fueron los pacientes dados de alta de los servicios seleccionados: Cirugía General, Medicina Interna, Oncología y UCI del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) durante el año 2006.

Los pacientes debían cumplir los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Ingresados más de 24 horas en los Servicios citados.
- Posibilidad de acceso a la historia clínica (informatizada o en papel).

- Disponibilidad del episodio de estudio en la historia clínica.
- Alta durante el año 2006. En el caso de que los pacientes presentasen más de un ingreso en dicho año, se valoró solamente el último de ellos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con hospitalización en Unidad de Observación de Urgencias.

Los criterios de selección de los EA se formularon siguiendo la metodología del proyecto ENEA (14). Así, se incluyeron los EA detectados durante la hospitalización y aquellos que fueron consecuencia de episodios de hospitalización previa en el mismo servicio. Se excluyeron los que ocurrieron en la Atención Primaria y Consultas Externas pero fueron detectados en la hospitalización y los que ocurrieron en la hospitalización pero se detectaron tras el alta.

En 2006 se produjeron 2.215 altas en el Servicio de Cirugía General, 435 en la UCI, 1.227 en Medicina Interna y 283 en Oncología. Siguiendo estudios similares, se ha estimado un porcentaje de pacientes con EA del 20% para el cálculo del tamaño muestral. Se ha asumido un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y un 20% de pérdidas. Así, el mínimo tamaño necesario de historias clínicas a consultar fue de 349; incrementando el porcentaje de pérdidas esperado se obtuvieron 419 historias clínicas en total.

El muestreo realizado para la selección de esta muestra de Historias clínicas fue estratificado proporcionalmente al número de altas en 2006 de cada servicio. Así, en el Servicio de Cirugía General se debían recoger 210 historias clínicas; en la UCI, 37; en Medicina Interna, 127; y en Oncología, 44.

Se tomó como variable dependiente la presencia o no de EA y como independientes principales las variables: sociodemográficas, días extras de hospitalización atribuibles al EA y servicio en el que se produce el EA, factores de riesgo intrínsecos (aquellos inherentes al propio paciente y que le predisponen a la aparición de posibles eventos adversos) y factores de riesgo extrínsecos (aquellos factores exógenos, de origen asistencial hospitalario, que predisponen al paciente a la aparición del efecto no deseado) y algunas variables más que figuran en la hoja de cribado de EA (Anexo I).

Si en la hoja de cribado se notificaba un posible EA, se completó la información a través del cuestionario MRF2 (14), para confirmar si era un verdadero positivo o no, así como la descripción de causas y determinantes que llevarán a la producción del mismo.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del paquete SPSS 15.0.

Se calculó la incidencia de efectos adversos (EA), global y por servicio, excluyendo EA previos no relacionados con el ingreso de estudio. Se describieron las características adscritas a éstos, calculando medianas y percentiles para las variables numéricas (días de estancia, número de EA...) y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas (causa y factores determinantes del EA, posibilidad de evitación, etc.).

Se describieron las características de los pacientes con uno o más EA calculando medias y desviaciones típicas o medianas y percentiles para las variables numéricas (edad, número de factores de riesgo...). Para las variables cualitativas (sexo, factores de riesgo intrínseco y extrínseco...), se calcularon frecuencias.

Posteriormente se realizó un análisis bivariante para estudiar la relación entre la variable dependiente (presencia

ANEXO I

GUÍA DE CRIBADO DE EFECTOS ADVERSOS

Revisor:
 Caso N°:..... N° Historia Clínica (NHC):.....
 Hospital:..... Servicio:.....
 Fecha de ingreso: Fecha de alta:.....
 Nombre y apellidos:
 (Completar sólo si no aparece el NHC)
 Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___
 Diagnóstico Principal:
 Grupo de Diagnóstico "GRD": (No buscar en la historia)
 Enfermedad -CIE: (No buscar en la historia).....
 Intervención -CIE: (No buscar en la historia) Fecha de Intervención: ___/___/____
 Índice de Charlson: (No buscar en la historia).....

FACTORES DE RIESGO (F. R.)

Indicar si el paciente presenta alguno de los siguientes factores de riesgo. Marcar con una X en la casilla correspondiente.

| | F. R. INTRÍNSECO | Sí | No | | F. R. EXTRÍNSECO | Sí | No |
|----|-----------------------------|----|----|----|---|----|----|
| 1 | Coma | | | 1 | Sonda urinaria abierta | | |
| 2 | Insuficiencia renal | | | 2 | Sonda urinaria cerrada | | |
| 3 | Diabetes | | | 3 | Catéter venoso periférico | | |
| 4 | Neoplasia | | | 4 | Catéter arterial | | |
| 5 | Inmunodeficiencia | | | 5 | Catéter central de inserción periférica | | |
| 6 | Enfermedad pulmonar crónica | | | | | | |
| 7 | Neutropenia | | | 6 | Catéter venoso central | | |
| 8 | Cirrosis hepática | | | 7 | Catéter umbilical (vena) | | |
| 9 | Drogadicción | | | 8 | Catéter umbilical (arteria) | | |
| 10 | Obesidad | | | 9 | Nutrición parenteral | | |
| 11 | Hipoalbuminemia | | | 10 | Nutrición enteral | | |
| 12 | Úlcera por presión | | | 11 | Sonda nasogástrica | | |
| 13 | Malformaciones | | | 12 | Traqueostomía | | |
| 14 | Insuficiencia Cardíaca | | | 13 | Ventilación mecánica | | |
| 15 | Enfermedad Coronaria | | | 14 | Terapia inmunosupresora | | |
| 16 | Hipertensión | | | | | | |

o no de EA) y las variables independientes. Para las variables numéricas con comportamiento normal (edad) se usó la prueba T-Student y, para las variables que no seguían una distribución normal (días de estancia), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Se aplicó el test de Chi-cuadrado cuando la variable independiente a relacionar fue cualitativa.

Se asumió para el análisis un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 365: 184 en Cirugía General, 24 en la UCI, 40 en Oncología y 117 en Medicina Interna.

De los 365 pacientes estudiados, se seleccionaron con el cuestionario para el cribado de EA 114 (31,2%). De ellos, finalmente se confirmaron 59 pacientes que presentaron uno o más EA (incidencia de pacientes con EA: 16,2%), que sumaron en conjunto un total de 77 EA (incidencia de EA: 21,1%).

La incidencia de EA por Servicio estudiado fue la siguiente: 40% en Oncología, 22,2% en Medicina Interna, 18,4% en Cirugía General y 16,6% en la UCI.

A nivel global se encontró que: la media de edad de los pacientes fue de 62,2 19,1 años; el 50,8% eran hombres; Un 79,7% presentaron uno ó más factores de riesgo intrínseco (FRI) y un 95% uno ó más factores de riesgo extrínseco (FRE) incluyendo el factor de catéter venoso periférico (si no se contabiliza éste, la presencia de FRE desciende al 50,1%). Los FRI más frecuentes fueron la hipertensión (43,8%), la insuficiencia cardíaca (26%) y la diabetes (24,9%), y los FRE, excluyendo el catéter venoso periférico, la sonda urinaria (37,3%) y la sonda nasogástrica (19,2%). La Tabla I muestra el análisis descriptivo de todos los pacientes desglosado por Servicio de ingreso.

En la Tabla II se muestra la descripción de los pacientes con EA, confirmado por Servicio de ingreso.

Por servicio los FRI más frecuentes (≥ 20%) fueron:

En Cirugía General, la hipertensión (48,0%) y la diabetes/neoplasia/cirrosis hepática (20,0%). En Medicina Interna, la insuficiencia cardíaca (57,1%), diabetes/hipertensión (52,4%) y la insuficiencia cardíaca/enfermedad pulmonar crónica (42,9%). Los pacientes de Oncología presentan, en primer lugar, neoplasia (62,5%), seguido de hipertensión (52%) y diabetes (28%). Por último, los FRI más frecuentes en la UCI han sido coma/diabetes (60,0%), insufi-

ANEXO I (continuación)

FORMULARIO RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Marque con una X en la casilla correspondiente, al lado de la respuesta adecuada.

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Hospitalización previa durante el último año en paciente menor de 65 años, u hospitalización previa en los últimos 6 meses en paciente igual o mayor de 65 años. | | |
| 2. Tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización. | | |
| 3. Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización. | | |
| 4. Reacción Medicamentosa Adversa (RAM) durante la hospitalización. | | |
| 5. Fiebre mayor de 38,3° C el día antes del alta hospitalaria. | | |
| 6. Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales. | | |
| 7. Traslado a otro hospital de agudos. | | |
| 8. Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso. | | |
| 9. Tras la realización de un procedimiento invasivo, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisara la indicación de tratamiento u operación quirúrgica. | | |
| 10. Déficit neurológico nuevo en el momento del alta hospitalaria. | | |
| 11. IAM (infarto agudo de miocardio), ACVA (accidente cerebro-vascular agudo) o TEP (tromboembolismo pulmonar) durante o después de un procedimiento invasivo. | | |
| 12. Parada cardiorrespiratoria o puntuación APGAR baja. | | |
| 13. Daño o complicación relacionado con aborto, amniocentesis, parto o preparto. | | |
| 14. Exitus. | | |
| 15. Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso (para intervención) después de una intervención ambulatoria programada, sea laparoscópica o abierta. | | |
| 16. Algún daño o complicación relacionado con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o valoración en el Servicio de urgencias. | | |
| 17. Algún otro Efecto Adverso (EA). | | |
| 18. Cartas o notas en la historia clínica (incluida la reclamación patrimonial), en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio. | | |
| 19. Cualquier tipo de infección nosocomial. | | |
| SI ALGUNA RESPUESTA HA SIDO POSITIVA, COMPLETAR EL CUESTIONARIO MODULAR (MRF2) PARA LA REVISIÓN RETROSPECTIVA DE CASOS | | |

Tabla I. Descripción de todos los pacientes estudiados por Servicio de ingreso

| Variables | Cirugía General | Medicina Interna | Oncología | UCI |
|-------------------------------------|-----------------|------------------|-------------|-------------|
| Edad Media ± desviación estándar | 56,2 ± 19,6 | 73,8 ± 12,4 | 58,1 ± 15,4 | 58,5 ± 23,0 |
| Mujer % (Hombre) | 46,2 (43,8) | 47,9 (52,1) | 25,0 (75,0) | 41,7 (58,3) |
| FRI% | 63,0 | 97,4 | 95,0 | 95,8 |
| FRE% ^a | 38,6 | 52,1 | 70,0 | 95,8 |

^a Excluye la presencia de catéter venoso periférico.

ciencia cardiaca/hipertensión (40,0%) y malformaciones/úlceras por presión/obesidad/enfermedad pulmonar crónica/insuficiencia renal (20,0%).

De la misma forma, por servicio, los FRE más frecuentes en Cirugía General son: el catéter venoso periférico (92,0%), la sonda urinaria (42,4%) y la sonda nasogástrica (25,4%).

En Medicina Interna, el catéter venoso periférico (95,2%), la sonda urinaria cerrada (52,4%) y la terapia inmunosupresora (14,3%). En Oncología, el catéter venoso periférico (100%), terapia inmunosupresora (50,0%) y la traqueotomía/sonda urinaria cerrada (25,0%). Por último, en UCI son el catéter venoso periférico/sonda urinaria cerrada (100%), sonda

Tabla II. Descripción de los pacientes con EA confirmado por Servicio de ingreso

| Variables | Cirugía General | Medicina Interna | Oncología | UCI |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-------------|--------------|
| Edad ^a | 60,8 ± 8,4 | | | |
| 74,6 ± 13,6 | 60,0 ± 13,1 | 73 [15 - 75] | | |
| Mujer % (Hombre) | 42,3 (47,7) | 57,1 (42,9) | 42,9 (57,1) | 60,0 (40,0) |
| Días adicionales en el hospital* | 3 [0 - 5,5] | 3 [0 - 8] | 2 [0 - 12] | 4 [0 - 13,5] |
| FRI% | 73,1 | 95,2 | 100,0 | 100,0 |
| FRE% ^b | 58,8 | 66,7 | 85,7 | 100,0 |

^a Media ± desviación estándar ó Mediana [P₂₅ - P₇₅]
^b Excluye catéter venoso periférico

nasogástrica/ventilación mecánica (80,0%) y la nutrición enteral (60%).

Con respecto a la variable ‘quién es responsable del EA’, de la mayoría, en todos los Servicios fue la asistencia sanitaria, excepto en UCI, donde se registra un porcentaje mayor de lesiones originadas por el proceso de la propia enfermedad (Gráfico 1).

La “principal circunstancia relacionada con el EA” son los cuidados en la sala de hospitalización. Destaca el 25% de casos relacionados con cuidados durante un procedimiento, fundamentalmente la cirugía (Tabla III).

En cuanto a la ‘gravedad de los EA registrados’, de los 77 confirmados, 52 (67,2%) se consideraron moderados o graves. El Anexo II recoge los EA cribados (sobre el total de EA) más frecuentes por servicio y el nivel de gravedad adjudicado.

Todos los EA provocaron, de algún modo, deterioro físico en el paciente. Así, el 24,4% que presentaron algún EA tuvieron una leve incapacidad social, el 47,4% severa incapacidad social y/o leve laboral, el 16,7% severa incapacidad laboral, el 7,7% finalizó encamado y un 3,8% falleció.

En relación a la ‘posibilidad de evitar el EA’, en un 82,4% existen evidencias de su evitación, teniendo un 33,3% una elevada posibilidad de ser evitables.

Los EA en UCI y Oncología son los que más afectaron a la estancia hospitalaria (Gráfico 2). En UCI lo más habitual es que el EA prolongase la estancia en el hospital, mientras que

en Oncología lo más frecuente es que el EA motivase reingreso.

La mediana de días de hospitalización en pacientes sin EA fue de 6 (rango 7) siendo estadísticamente inferior (p<0,001) con respecto a los días de estancia de los pacientes que presentaron algún EA que fue de 8 días (rango 12).

En el caso de los pacientes con EA confirmado, la media de edad fue de 64,6 ± 19,2 años y en los pacientes sin EA, de 61,8 ± 19,0 años, no existiendo diferencias significativas entre ambos. El porcentaje de hombres en el primer grupo fue de 50,8% y en el segundo de 56,9%, no dándose tampoco diferencias significativas.

Un 86,4% de los pacientes con EA presentaron al menos un FRI, por un 78,4% del grupo de pacientes sin EA, sin diferencia significativa. Por otro lado, un 61% de los pacientes con EA presentaron al menos un FRE versus un 47% en el grupo de pacientes sin EA, en este caso, con una diferencia estadísticamente significativa (p<0,05).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incidencia de pacientes con efectos EA en el HUVN es alta comparativamente con los datos recogidos en el estudio ENEA 2005 (14). Esto puede ser debido fundamentalmente a que en esta investigación se han recogido datos de servicios donde, de partida, la frecuencia de EA es mayor que en otros

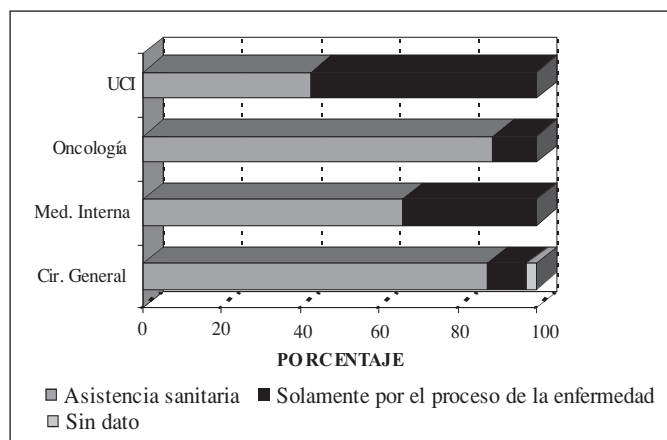


Gráfico 1. Causa de la lesión o complicación.

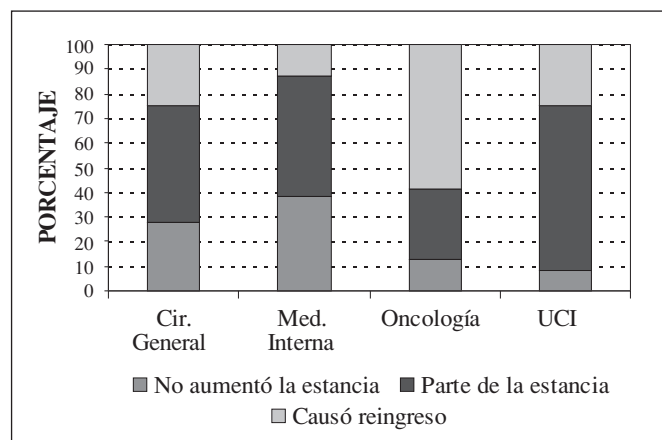


Gráfico 2. Aumento de la estancia y reingresos secundarios al EA.

Tabla III. Circunstancias relacionadas con el EA

| Circunstancias relacionadas | Cirugía General | Medicina Interna | Oncología | UCI |
|---|-----------------|------------------|-----------|------|
| Cuidados durante un procedimiento | 25,0 % | 0,0 | 4,2% | 8,3% |
| Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento | 2,8% | 0,0 | 4,2% | 8,3% |
| Cuidados en sala | 69,4% | 90,3% | 87,5% | 75% |
| Valoración al final de la admisión y cuidados en planta | 2,8% | 3,2% | 4,2% | 0,0 |

ANEXO II

| SERVICIO | TIPO DE EA | PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE EA | NIVEL DE GRAVEDAD (nº casos) | | |
|------------------|--|---------------------------------|------------------------------|-----|-----|
| | | | Leve | Mod | Sev |
| CIRUGÍA GENERAL | Hospitalización previa | 17,65% | 0 | 6 | 0 |
| | Reacción adversa medicamentosa | 5,88% | 0 | 2 | 0 |
| | Fiebre mayor de 38,3°C el día previo al alta | 5,88% | 0 | 2 | 0 |
| | Intervención quirúrgica abierta no prevista o ingreso después de una intervención ambulatoria programada | 5,88% | 0 | 2 | 0 |
| | Algún otro EA* | 47,06% | 10 | 6 | 0 |
| | Infección nosocomial | 11,76% | 0 | 4 | 0 |
| MEDICINA INTERNA | Reacción adversa medicamentosa | 17,24% | 0 | 4 | 1 |
| | Exitus | 3,45% | 0 | 0 | 1 |
| | Algún otro EA* | 48,27% | 10 | 4 | 0 |
| | Infección nosocomial | 24,14% | 1 | 6 | 0 |
| ONCOLOGÍA | Tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización | 13,33% | 1 | 1 | 0 |
| | Reacción medicamentosa adversa | 26,67% | 0 | 4 | 1 |
| | Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso | 6,67% | 0 | 1 | 0 |
| | Tras la realización de un procedimiento invasivo, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisara a indicación de tratamiento u operación quirúrgica. | 6,67% | 0 | 0 | 1 |
| | Algún otro EA ^a | 40% | 3 | 3 | 0 |
| | Infección nosocomial | 6,67% | 0 | 1 | 0 |
| UCI | Reacción adversa medicamentosa | 25% | 0 | 0 | 1 |
| | Infección nosocomial | 75% | 1 | 1 | 1 |

^a Dentro de este apartado se han recogido fundamentalmente EA leves del tipo flebitis y extravasación de la vía periférica.

por múltiples factores: mayores estancias, frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, edades elevadas, la gravedad de la enfermedad y patología de base y mayor número de comorbilidades. Además, en caso de que a lo largo del año estudiado se hubiera producido más de un ingreso, se ha estudiado el último del paciente en el año, hecho que sobreestima el número de EA. Se prefirió ésto a infraestimarlos eligiendo el primer ingreso del año.

Con respecto a la incidencia encontrada en estudios internacionales (3-11), existe una alta variabilidad en los resultados encontrados por los distintos autores y ello se debe a la diversidad en las características y diseños empleados en las investigaciones (estudios transversales, de seguimiento, retrospectivos, prospectivos, casos prevalentes, incidentes), a la relación de efectos detectados (en algunos exclusivamente moderados y/o graves), al tipo de información recogida (sólo

EA evitables), a los servicios y unidades estudiados, al tipo de hospital (regionales, comarcales, de alta resolución), a las fuentes de información: historia clínica completa, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), y a las diferencias que se pueden encontrar en la información asistencial registrada, codificada y explotada. La importancia de una buena cumplimentación de la historia clínica puede ser crucial en las diferencias encontradas en los distintos estudios. Cualquier centro sanitario debe incorporar concretamente en el programa de seguridad del paciente un área de mejora en este campo.

Lo que sí es real es que la incidencia es el primer paso para hablar de un problema importante en la atención sanitaria de la población adscrita a HUVN y del aumento de recursos utilizados que suponen la aparición de EA en los pacientes y, más importante aún, un aumento de la morbilidad y la disminución de la calidad de vida.

En el estudio ENEA, tanto los FRE como los FRI, se relacionaron significativamente con la probabilidad de presentar EA. En nuestra investigación, sólo se pudieron relacionar con los EA los FRE, no así los FRI, probablemente por ser un número de casos pequeño y porque el total de los pacientes presentaban una alta complejidad (oncológicos, pluripatológicos, quirúrgicos) que les hacía partir con una alta frecuencia de patología basal.

El análisis de las causas de los EA registrados, al igual que en otros estudios, señala que la mitad de éstos están relacionados con intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos invasivos, mientras que los asociados a causas medicamentosas son menores. En cierta medida, los problemas relacionados con intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos en los Servicios de Cirugía General y Oncología, concuerdan con los obtenidos en esos estudios (18, 19). Tan sólo se ha recogido un caso de EA cuyo resultado fue la muerte del paciente en Medicina Interna. En cualquier programa de seguridad del paciente, cualquier efecto adverso cuyo resultado sea la muerte debe ser analizado pormenorizadamente y comunicado a la Comisión de Mortalidad del centro para su conocimiento y gestión.

Los productos que generan las actividades de los profesionales no son tanto el resultado de la práctica individual como el de complejas redes organizativas donde interactúan personas, procedimientos y tecnologías. Muchas son las herramientas que pueden utilizarse para identificar los riesgos, para evitarlos o para minimizar sus consecuencias, todas ellas tienen cabida en la llamada "gestión de riesgos de la asistencia sanitaria". Parece razonable, pues, incrementar los esfuerzos del sistema sanitario por prestar una atención más segura, libre de daños evitables y dotada de sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y a mitigar sus consecuencias (1).

En el Reino Unido, tras la publicación del informe del NHS "An organisation with a memory" (20), se ha puesto en marcha un plan cuyo objetivo es promover la seguridad del paciente: "Building a safe NHS". Entre las consecuencias de la implementación de este programa, destaca la creación de un sistema obligatorio para la notificación de los EA y complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria. Para ello se ha creado recientemente el "National Patient Safety Agency".

Posteriormente a este estudio, una vez conocidos los EA de mayor incidencia y siguiendo el paso 6 de la *National Patient Safety Agency* (NPSA) (21), se deben traducir las lecciones aprendidas en soluciones de tipo práctico, y para ello se plantea desarrollar medidas de mejora para disminuir los EA evitables, alguna de ellas ya descrita, pero que resumidamente son:

- Fomento de la cultura de la seguridad del paciente y el aprendizaje a partir de errores en la asistencia sanitaria.
- Mejora del entorno de trabajo (ruido, iluminación, orden, ergonomía y confortabilidad).
- Evitar una carga excesiva de trabajo en los profesionales.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios.
- Utilización de guías clínicas y protocolos en la atención médica y de enfermería.
- Evitar procedimientos diagnósticos agresivos con los pacientes cuando existan otras alternativas más seguras.
- Evitar procedimientos terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su utilidad.
- Uso de tecnología de seguridad en técnicas médico-quirúrgicas.
- Diseño de procesos específicos.
- Estandarización en el manejo de dispositivos.
- Mejora de la comunicación entre los distintos estamentos del personal sanitario, así como entre pacientes y profesionales.
- Análisis detallado de las causas del EA.
- Atención especialmente esmerada con el paciente que ha sufrido el EA.

En resumen, formar a los profesionales de los distintos servicios y poner en práctica todas estas acciones para analizar si la disminución producida en la tasa de los efectos adversos producidos en el hospital es significativa, será el siguiente paso.

Dirección para correspondencia:

Sabina Pérez Vicente.

Unidad de Calidad. Hospital Costa del Sol.

Ctra. Nacional 340, km 187. 29600 Marbella, Málaga (España).

Teléfono: +34 951 97 66 20.

email: sabina.perez.exts@juntadeandalucia.es

Financiación

Proyecto Financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (0340/06) y el Fondo de investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III (07/0678).

Agradecimientos

Sabina Pérez Vicente disfruta de un contrato de Técnico de Apoyo a la Investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aranaz-Andrés JM.** La seguridad del paciente como enlace entre la prevención y la asistencia clínica. *Med Preventiva* 2011;XVIII(1):7-11.
2. OMS. Informe del Consejo Europeo sobre la seguridad del paciente (diciembre 2001).
3. **Brennan TA, Leape LL, Laird NM,** et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I.* *N Engl J Med* 1991;324:370-376.

4. **Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al.** *The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II.* N Engl J Med 1991;324:377-384.
5. **Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al.** *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado.* Med Care 2000;38:261-271.
6. **Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD.** *The Quality in Australian Health Care Study.* Med J Aust 1995;163:458-471.
7. **Vincent C, Neale G, Woloshynowych M.** *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review.* BMJ 2001;322:517-519.
8. **Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al.** *[Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records].* Ugeskr Laeger 2001;163(39):5370-5378.
9. **Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al.** *Adverse events regional feasibility study: indicative findings.* N Z Med J 2001; 114(1131):203-205.
10. **Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al.** *The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada.* JAMC 2004;170:1678-1686.
11. **Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al.** *Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a canadian teaching hospital.* Can Med Assoc 2004;170:1235-1240.
12. **E N de Vries, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma, M A Boermeester.** *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.* Qual Saf Health Care 2008;17:216-223.
13. **Alan J Foster, Kwadwo Kyeremanteng, Jon Hooper, Kaveh G Shojania, Carl Van Walraven.** *The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay.* BMC Health Services Research 2008;8:259.
14. **Aranaz JM.** *Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la hospitalización.* Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
15. *Seguridad del paciente.* International Classification for Patient Safety (ICPS). [citado 11 mayo 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/index.html>
16. **C. Aibar, J. Aranaz.** *¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?* An Sis Sanit Navar 2003; 26 (2): 195-209.
17. **Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E.** *ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events.* J Epidemiol Community Health 2008;62(12):1022-9.
18. **Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD.** *An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study.* Med J Aust. 1999; 170:411-415.
19. **Neale G, Woloshynowych M, Vincent C.** *Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice.* J R Soc Med. 2001;94:322-330.
20. *Great Britain Chief Medical Officer. Great Britain. Dep. of Health. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS.* London: Department of Health: Stationery Office; 2000.
21. **Woodward S.** *Seven steps to patient safety.* Rev. Calidad Asistencial. 2005;20(2):66-70.



Original

Cobertura de la vacuna antigripal en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo). Comparación de las temporadas 2008-2009 y 2009-2010

J. J. Criado-Álvarez¹, R. Tuesta², J. Granados², C. Romo³

¹Consultorio Médico de San Bartolomé de Las Abiertas, Área Sanitaria de Talavera de la Reina, SESCAM. Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina.

²Gerencia de Atención Primaria, Área Sanitaria de Talavera de la Reina, SESCAM.

³Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, SESCAM.

RESUMEN

Introducción

La vacunación antigripal ha demostrado su eficacia en la prevención de la gripe y de sus complicaciones. El objetivo de este trabajo es conocer la cobertura vacunal frente a la gripe estacional y pandémica de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (Toledo) en las temporadas 2008-2009 y 2009-2010.

Material y método

Se han analizado todas las administraciones de vacuna de la gripe estacional y pandémica. La cobertura vacunal se calcula dividiendo el número de dosis administradas por el número de Tarjetas Individuales Sanitarias. También se han obtenido los datos de incapacidad laboral temporal para la gripe. Los casos de gripe semanal se han obtenido de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

Resultados

En los años 2008 y 2009 se administraron 30.109 y 34.484 dosis de vacuna antigripal estacional, con una cobertura global vacunal del 19% y el 21,7%. Por zonas básicas de salud, la cobertura vacunal fue del 13,8% (zonas urbanas) al 52,1% (zonas rurales). La cobertura de la vacunación antigripal tipo H1N1 es del 6,3%. El porcentaje de casos que están en incapacidad laboral permanece estable, con cifras del 28,3% y 30,8%; pero el número medio de días ha pasado de 6,34 a 9,25 días por caso de gripe (7,08 días por caso de gripe H1N1).

Discusión

La cobertura vacunal en el año 2009 ha sido ligeramente superior a la de 2008 y sin embargo, la incidencia de gripe

alcanzó cifras mayores, hasta duplicarse. Se constatan las diferencias entre las campañas de gripe estacional y pandémica. Y el porcentaje de personas en situación de incapacidad laboral se ha mantenido estable a lo largo de las temporadas. La información aportada por este trabajo supone una aproximación a la caracterización de las dos temporadas de gripe en Talavera de la Reina.

Palabras clave: Gripe, Gripe A H1N1, Vacuna, Cobertura

ABSTRACT

Introduction

Influenza is an important public health problem. To estimate the vaccine coverage against seasonal and pandemic influenza virus serotypes in Primary Health Care Management of Talavera de la Reina (Toledo, Spain) during the periods 2008/09 and 2009/10.

Method

We included the total number of vaccinations against seasonal serotypes and against pandemic serotypes. Vaccination coverage was estimated with the number of doses divided by the total number of individual health cards. We obtained the total number of temporal incapacity caused by the flu viruses. We also obtained the weekly number of flu cases from the Epidemiologic surveillance system.

Results

The total number of vaccinations against seasonal serotypes was 30.109 in 2008 and 34.484 in 2009, with coverage of 19 % and 21,7% respectively. According to the type area the coverage was 13,8 (urban areas) and 52.1 (rural areas).

Vaccination coverage against serotype H1N1 was 6.3%. The percentage of temporary incapacity remained between 28.3 % and 30.8%, the average number of incapacity for H1N1 flu was 7.08 days and the average of cases for all serotypes raised from 6.34 to 9.25.

Discussion

Vaccination coverage during 2009, was slightly higher than 2008, even though the incidence in 2009 was twice that seen in 2008. We found differences between the seasonal and pandemic vaccination campaigns. The number of temporary incapacity had no important variations during the two periods. The analyses let us have an approach to the coverage of the last two vaccination campaigns.

Keywords: Influenza A H1N1, Vaccine, Coverage.

INTRODUCCIÓN

La gripe es un importante problema de salud pública que genera un gran número de hospitalizaciones, una considerable demanda de recursos y pérdidas en jornadas de trabajo (1, 2). La vacunación de la población frente a diferentes enfermedades infecciosas constituye una de las actividades preventivas de máxima utilidad y beneficio. La vacunación antigripal ha demostrado su eficacia en la prevención de la gripe y de sus complicaciones, especialmente en pacientes de edad avanzada (3), aunque no faltan los autores que la rechazan porque faltan estudios de seguridad clínica (4) o que la evidencia científica no aconseja vacunar a adultos sanos (5). Se estima que cada año fallecen en España entre 1.500 y 3.000 personas, de las que más del 90% son mayores de 60 años. Además de una mayor mortalidad, tenemos un incremento de las hospitalizaciones en esta población, ya que a la edad se le unen una serie de factores de riesgo (2, 6).

La cobertura vacunal en adultos y profesionales sanitarios tiene cifras bajas, frente a la cobertura en edad pediátrica, donde es una de las más amplias del mundo; a pesar de todo, España es uno de los países con mejor nivel de cobertura, con cifras entre el 50 y el 70% (7, 8, 9). Se han evaluado diferentes estrategias para incrementar estas coberturas mediante recordatorios informatizados, protocolos establecidos en los centros de atención, hojas específicas para registro de actividades preventivas, recordatorios de vacunación, aprovechar las visitas domiciliarias, ampliar horarios o facilitar la accesibilidad a la consulta. Las estrategias basadas en la formación de los profesionales no han demostrado utilidad. La efectividad de un programa de vacunaciones viene condicionada tanto por la eficacia de la vacuna como por la cobertura vacunal (7, 10). Conocer la cobertura vacunal es una parte importante de la evaluación de los programas de vacunación, ya que permite diseñar estrategias adecuadas para conseguir sus objetivos. Existen diferentes métodos para conocer la cobertura, ya sea de forma directa mediante registros directos y exhaustivos, y métodos indirectos a través del número de dosis administradas, el estudio de la evolución de la incidencia de la enfermedad sometida a vigilancia (sistemas de vigilancia epidemiológica o redes de médicos centinela) (10). Estos indicadores de cobertura vacunal permiten llevar a cabo un seguimiento de los programas de vacunación, definir la readecuación de las estrategias de acceso a la población diana y establecer políticas de calidad

basadas en criterios de cumplimiento de objetivos (10). En Castilla-La Mancha, se recomienda y se ofrece gratuitamente la vacunación frente a la gripe estacional a los mayores de 65 años, a las personas con enfermedades crónicas y al personal sanitario, entre otros (11). La cobertura gratuita junto a la edad constituyen los primeros factores determinantes para alcanzar buenas coberturas vacunales (1, 2, 12, 13). En Castilla-La Mancha se estableció como objetivo general disminuir la morbimortalidad causada por la gripe, estableciendo como objetivo unas coberturas de vacunación superiores al 70% en la población diana (14, 15). En general hay una sobremortalidad por gripe que coincide con el pico de máxima incidencia, aunque con un pequeño retraso de dos semanas, tal y como ocurrió en la temporada 2008-2009. Sin embargo, en la temporada 2009-2010 el exceso de mortalidad se prolongó durante cinco semanas, coincidiendo con una bajada de las temperaturas y una ola de frío (16, 17, 18). Como consecuencia de la aparición del virus de la gripe pandémico A H1N1 en la temporada 2009-2010, han coincidido las dos campañas de vacunación antigripal, la estacional y la pandémica, presentándose una nueva realidad y situación epidemiológica que hay que analizar (6, 15). La declaración de la fase 6 pandémica motivada por la transmisión elevada y sostenida en el mundo, impulsó que las autoridades sanitarias dirigiesen sus esfuerzos a mitigar el impacto sanitario y social mediante la vacunación frente al virus de la gripe A H1N1 (6, 19, 20).

El objetivo de este trabajo es conocer la cobertura vacunal frente a la gripe estacional y pandémica de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (Toledo) (GAPTA) en las temporadas 2008-2009 y 2009-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo y transversal para determinar la cobertura de la vacuna antigripal estacional y pandémica durante las temporadas 2008-2009 y 2009-2010 del Área Sanitaria de la GAPTA. Se han incluido todas las administraciones de vacuna de la gripe estacional (temporadas 2008-2009 y 2009-2010) y pandémica (temporada 2009-2010) recogidas en el programa Turriano (Historia Clínica Informatizada), para cada uno de las zonas básicas de salud de la GAPTA. El programa Turriano es el sistema de información de atención primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), permitiendo tener la historia clínica del paciente de forma informatizada en todos los centros de salud y consultorios locales dependientes de la GAPTA. La GAPTA está dividida en 16 zonas básicas de salud (4 urbanas y 12 rurales) que cuenta con 16 centros de salud, 13 puntos de atención continuada (1 urbano y 12 rurales) y 92 consultorios locales, para atender a un total de 158.113 y 158.771 personas (según datos de la Tarjeta Individual Sanitaria, TIS, en los años 2008 y 2009 respectivamente) de los que 32.469 y 32.990 son mayores de 65 años. La cobertura vacunal se calcula dividiendo el número de dosis administradas por el número de TIS totales, mayores de 15 años y de mayores de 65 años, para cada zona básica de salud y para el área sanitaria global.

El programa Turriano permite obtener el número de consultas a demanda y urgente del área sanitaria, así como los datos de incapacidad laboral temporal (IT) para las rúbricas referidas a la gripe y codificadas según la CIE-9MC (código

487 y subapartados para la gripe estacional y 488.1.0.0 para la gripe H1N1). El programa registra los casos de gripe que se atienden, sin embargo, desconocemos su grado de exhaustividad.

El número de casos de gripe semanal se ha obtenido de la Sección de Epidemiología de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, que cubre el área sanitaria y que nos ha dado el número de casos de gripe declarado a la Red de Vigilancia Epidemiológica desde la semana 1 del año 2008 a la semana 48 del año 2010, mediante el sistema de notificación EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria)

Todos los resultados se han agregado por zona básica de salud, y se realizó el análisis estadístico (en función de las variables) utilizando el programa SPSS 13.0, estableciendo la significación estadística en el 95%.

RESULTADOS

En los años 2008 y 2009 se administraron 30.109 y 34.484 dosis de vacuna antigripal estacional, respectivamente, lo que supone un incremento del 12,7%. Esto supone una cobertura global vacunal para el total de la población del área del 19% y el 21,7% para los años 2008 y 2009 respectivamente; aunque si tomamos como denominador la población según TIS mayor de 15 años, la cobertura pasa a ser de 22,1% y del 25,2%. En Castilla-La Mancha, la población diana del programa de vigilancia de la gripe son las personas mayores de 65 años y

aquellas con factores de riesgo (14), por ello, tomando como base la población mayor de 65 años, obtenemos una cobertura vacunal del 92,7% y del 104,5% para los citados años. Por zonas básicas de salud, vemos que la cobertura vacunal para el total de la población varía del 13,8% y 15,9% en centros urbanos de Talavera de la Reina (La Solana y La Algodonera), hasta el 47% y 52,1% de La Nava de Ricomalillo para cada una de las temporadas (Figura 1). En general, observamos que las coberturas son inferiores en las zonas urbanas (Talavera de la Reina) con cifras medias del 15,1% frente al 31,7% de las zonas rurales. Esta distribución coincide con la estructura demográfica de las zonas y el peso de la población mayor de 65 años, que es mayor en las zonas rurales, como en Aldeanueva de San Bartolomé, que tienen el 51,8% de la población con más de 65 años (Figura 1).

Respecto a la cobertura de la vacunación antigripal tipo H1N1 vemos que la cobertura media es del 6,3%, con un mínimo en los centros urbanos y la mayor cobertura (16,8%) en la zona básica de La Nava de Ricomalillo (Figura 1).

El número de casos de gripe declarados al sistema EDO fue de 3.650 casos (año 2008), 8.774 casos (año 2009) y 1227 casos (hasta la semana 48 del año 2010), obteniendo unas tasas para el conjunto de la población de 2.308 casos por 100.000 habitantes en el año 2008 y 5.526 casos por 100.000 habitantes en el año 2009. Los picos de máxima incidencia fueron en las semanas 2 (año 2008), 1 (año 2009) y 45 (año 2009), coincidiendo con los picos de demanda de consultas (semana 5 de 2008, semana 52 de 2008, y semanas 45 a 48 del año 2009).

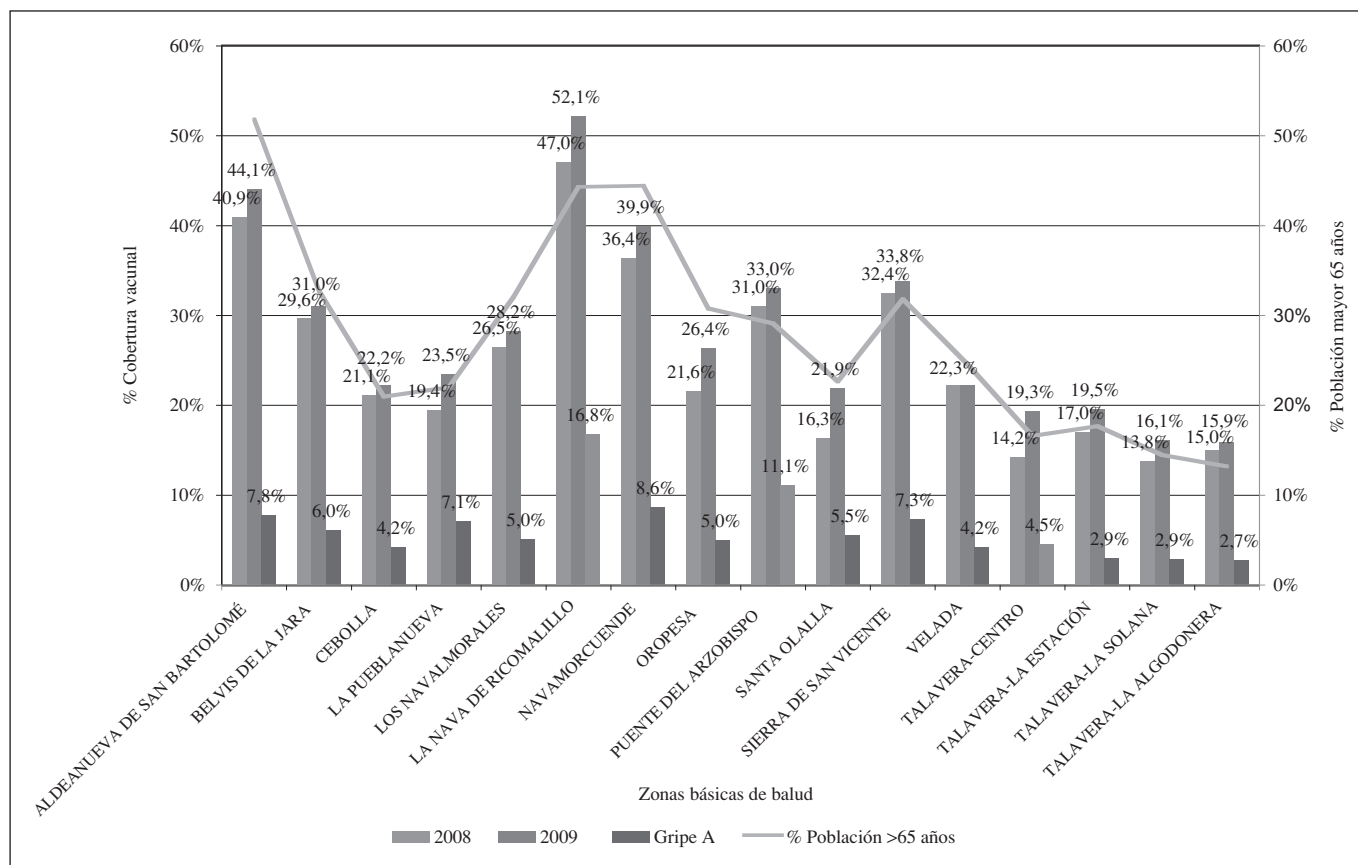


Figura 1. Cobertura vacunal en el área sanitaria de Talavera de la Reina.

El mayor número de demandas de consulta fue en el año 2009 por acumular más semanas (Figura 2).

El número de casos de gripe registrados en la historia clínica informatizada ha pasado de 1.458 a 2.019, en los años 2008 y 2009. Aunque el porcentaje de casos que están en IT permanece estable con cifras del 28,3% y 30,8%, el número medio de días en IT ha pasado de 6,34 a 9,25 días por caso de gripe (7,08 días por caso de gripe H1N1) (Tabla I).

DISCUSIÓN

La cobertura vacunal en el año 2009 ha sido ligeramente superior a la de 2008 y, sin embargo, la incidencia de gripe alcanzó cifras mayores hasta duplicarse, al igual que ha ocurrido en el resto de Castilla-La Mancha. La semana pico de la onda epidémica fue la 2 del 2009, frente a la primera de nuestro caso, y la semana 38 de 2009 frente a la 45 de nuestra área, aunque a nivel nacional el pico coincidió con la semana 46 (16). La sobredemanda de consultas del año 2009 ha sido menor que la registrada en otras regiones, donde hubo un exceso del 58%, ya que al síndrome gripal se unen otros procesos de menor entidad como el síndrome febril, infección respiratoria de vías altas y bronquitis aguda (21). En nuestra área, a diferencia de otras, sólo ha habido una onda epidémica (otoño), no apreciándose la onda estival que se detectó en otras comunidades (15, 22). La sobrecarga del sistema asistencial que se produce todos los años coincidiendo con las ondas de

Tabla I. Casos de gripe y de incapacidad temporal registrados en la historia clínica

| Temporada | 2008/2009 | 2009/2010 | |
|--------------------------|-------------|-------------|------------|
| | | Gripe | Gripe H1N1 |
| Número de casos de gripe | 1.458 | 2.019 | 44 |
| Casos de gripe en IT | 413 (28,3%) | 622 (30,8%) | 12 (27,2%) |
| Suma de días en IT | 2.618 | 5.751 | 85 |
| Media de días en IT | 6,34 | 9,25 | 7,08 |

IT: Incapacidad Laboral Temporal

gripe, unido a las olas de frío y bajada generalizada de temperaturas, debería hacer que los gestores y planificadores pusiesen en marcha planes de contingencia acorde a la situación epidemiológica meteorológica (23). La incidencia de la enfermedad se ha incrementado de una temporada a otra, aunque las cifras son similares a las del resto de España, que tuvo una media de 2.521 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 frente a tasas de 1.408 casos por 100.000 del año 2008 (2, 6).

La cobertura aumenta según se incrementa la edad, superándose el 60% a partir de los 65 años, siendo mayor en las residencias geriátricas que en la población no institucionalizada de igual edad (9, 24). Los pacientes, a medida que se

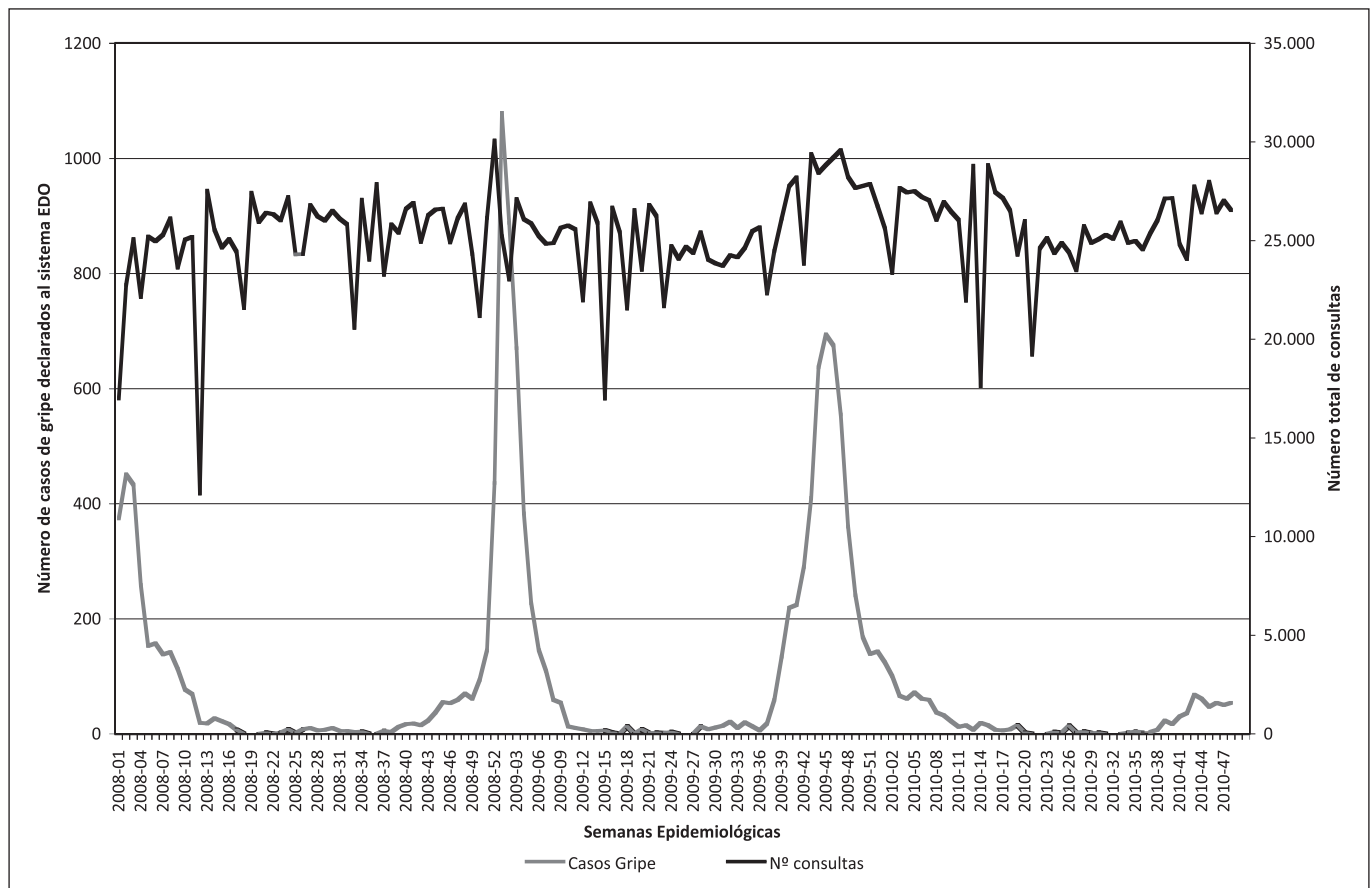


Figura 2. Evolución de los casos de gripe y del número de consultas en el área sanitaria de Talavera de la Reina

incrementa su edad, perciben con mayor riesgo y como una enfermedad grave o muy grave a la gripe (8). En la población trabajadora también se recoge este incremento de cobertura a medida que aumenta la edad (1). En Estados Unidos, la cobertura en mayores de 64 años en el año 2007-2008 fue del 66,3% y disminuye hasta el 38,4% en los mayores de 50-64 años. El objetivo estadounidense para el año 2010 era llegar al 90% en mayores de 64 años (2). En España, la situación es similar, siendo la cobertura en 2006 del 66,8% en mayores de 65 años y disminuyendo hasta el 26,6% entre los de menor edad (2, 8, 12). La edad, la presencia de enfermedades crónicas y residir en ciudades de menos de 10.000 habitantes se asocian a una mayor probabilidad de estar vacunado frente a la gripe (13). Nuestras cifras de cobertura coinciden con las reflejadas en la Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2006, donde el porcentaje de población mayor de 16 años vacunada era del 20,8% y llegó al 70% en los mayores de 75 años. Castilla-La Mancha es una población envejecida, de predominio rural y con una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que es normal que las tasas de cobertura vacunal sean superiores en las zonas rurales frente a las urbanas (13, 25). La incidencia de síndromes gripales ha sido superior en los menores de 15 años frente a los mayores de 65 años, lo que sugiere una cierta inmunidad previa de las personas mayores, con una presentación más leve de la enfermedad, o bien que la escolarización ha favorecido la transmisión de la gripe (15, 22). Sin embargo, la letalidad y mortalidad por gripe pandémica ha sido mayor en las personas menores de 65 años, donde un 80% de las muertes es atribuible a ella, frente al 90% de la mortalidad por gripe estacional en mayores de 65 años (15). Se ha publicado en España el calendario de vacunaciones sistemáticas del adolescente y del adulto recomendado por la Sociedad de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (31), y recoge la recomendación de la vacunación anual a partir de los 60 años, así como la recomendación de incorporar de forma progresiva la vacunación antigripal en el grupo de edad de 50 a 64 años, comenzando por el de 60-64 años (2), aunque en Castilla-La Mancha se mantiene en los 65 años (11). El 80% de la población cree en las vacunas como una muy buena o buena medida preventiva, un 20% desconfía de ellas y un tercio tiene mucha o bastante preocupación por las reacciones que puedan dar (8, 12).

Se constatan las diferencias entre las campañas de gripe estacional y pandémica, donde por ejemplo en población trabajadora sanitaria alcanza del 33,9% al 49,7%, y del 10% al 16,5% respectivamente (1, 26). La baja cobertura de la vacunación frente a la gripe pandémica coincide con estudios que recogen la baja aceptación de esta vacuna por el colectivo sanitario (27), lo que se podría trasladar a la población general (19, 20). En nuestro caso, la zona con mayor cobertura vacunal frente a la gripe pandémica es La Nava de Ricomalillo, que llega a un 16,8%, pero que coincide con ser la zona con mayor porcentaje de población de más de 65 años. Nuestro 6,3% de cobertura vacunal frente a la gripe pandémica está lejos del 13% del área sanitaria de Toledo (20), el 26,3% de Castilla y León o el 27,9% de Estados Unidos (19). Entre los potenciales factores asociados a esta baja cobertura cabe apuntar un posible recelo o desinformación de la sociedad a este tipo de vacunas, ya que la cobertura vacunal frente a la gripe estacional no se ha visto afectada, o la actitud crítica de los propios profesionales sanitarios (19, 20, 25, 26, 27).

El porcentaje de personas en situación de IT (incapacidad temporal por enfermedad común) se ha mantenido estable a lo largo de las temporadas con cifras en torno al 30%, sin embargo, el número de personas que han accedido a esta situación se ha incrementado en un 30% además de una duración superior de la IT también en un 30% (3 días más de duración), por lo que las repercusiones laborales y sociales de la enfermedad se han incrementado en la temporada 2009-2010 y dista de ser los 6,8 días de media de absentismo laboral por este motivo (2,28). Este incremento puede deberse a una mayor circulación del virus H1N1, la recomendación de iniciar una IT ante la sospecha de gripe pandémica para reducir el número de casos, o el uso "inapropiado" de la IT para cuidar a personas dependientes que sí padecían la enfermedad, un hecho que explicaría la mayor incidencia de IT en mujeres, o bien que éstas ocupan sectores laborales con una alta feminización, como el sector sociosanitario y educativo (3, 28).

El desconocimiento del denominador ajustado al número de dosis administradas es una de las limitaciones de nuestro estudio. No ha sido posible conocer y diferenciar los grupos de riesgo a los que se administró la vacuna. En cuanto a los diagnósticos registrados de gripe en la historia clínica, no tienen una confirmación de laboratorio, basándose exclusivamente en la clínica, por lo que es probable un sesgo sobrevalorando el diagnóstico debido a la alarma que provocó la gripe pandémica. Los datos registrados de gripe pandémica serán correctos, aunque puede que infravalorados, ya que no a todos los pacientes se les hizo confirmación de laboratorio o bien se fueron modificando y ampliando los criterios epidemiológicos (6, 15). Tampoco conocemos la vacunación que corre a cargo de las mutualidades laborales o servicios de prevención de riesgos laborales y que ofrecen inmunización a sus trabajadores, ni las dosis dispensadas de forma privada por las farmacias, por lo que se pueden infraestimar las cifras de cobertura. Según un estudio en Cataluña, estas dos últimas fuentes suponen un tercio de la cobertura, mientras que la administración cubre el 75% restante, llegando a una cobertura global del 24,6% de la población (29). En Castilla-La Mancha no existe un programa de captación de pacientes potencialmente susceptibles en los hospitales, ya que esa labor es realizada desde atención primaria, por lo que este sesgo no lo tenemos.

En cualquier caso, la información aportada por este trabajo supone una aproximación a la caracterización de las dos temporadas de gripe. Es fundamental favorecer y mantener todas las actividades y estrategias que incrementen la concienciación ante la vacunación de la población general, tanto en adultos como en niños, así como de los profesionales sanitarios. Muchas veces la decisión de vacunarse está fundamentada en valores, conocimientos y creencias de las personas, siendo la recomendación del profesional uno de los determinantes fundamentales.

Autor de correspondencia:

Juan José Criado Álvarez.

Consultorio Médico de San Bartolomé de Las Abiertas.

Calle Nueva España, 7.

45654 San Bartolomé de Las Abiertas (Toledo).

Email: jjcriado@sescam.jccm.es

BIBLIOGRAFÍA

1. **García de Codes A, Arrazola MP, de Juanes JR, Hernández MT, Jaén F, Sanz I.** Campaña de vacunación antigripal (pandémica y estacional) en trabajadores de un hospital general (2009-2010). *Vacunas*.2010; 11:49-53.
2. **Mato Chaín G, Mariano Lázaro A, Alcudia Pérez F, Verdejo Bravo C.** Vacunación antigripal en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46:89-95.
3. **Torá-Rocamora I, Delclos GL, Martínez JM, Cardí J, Alberti C, Manzanera R,** et al. Occupational health impact of the 2009 H1N1 flu pandemic: Surveillance of sickness absence. *Occup Environ Med* 2011. DOI: 10.1136/oem.2011.065003.
4. **Gervas J, Wright J.** Future of flu vaccines: Please, may we have a RTC now? *BMJ* 2009; 339:4651.
5. **Jefferson T, Di Pietrantonj C, Riverti A, Bawazeer GA, Al-Ansari LA, Ferronic E.** Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD001269. DOI: 10.1002/14651858.CD001269.pub4.
6. **Larrauri Cámara A, Jiménez-Jorge S, Simón Méndez L, de Mateo Ontañón S.** Vigilancia de la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en España. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84:569-88.
7. **Mayer MA.** Las coberturas de vacunación en el adulto y entre los profesionales sanitarios: una asignatura pendiente en atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 34:343-4.
8. **Schwarz Chavarri H, Ortuño López JL, Lattur Vílchez A, Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D.** ¿Podemos mejorar las tasas de vacunación antigripal en los ancianos con enfermedades crónicas? *Aten Primaria* 2005; 35:178-84.
9. **Rodríguez-Rieiro C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, de Andrés AL, Jiménez-García R.** Vaccination against 2008/2009 and 2009/2010 seasonal influenza in Spain: Coverage among high risk subjects, HCWs, immigrants and time trends from the 2005/2006 campaign. *Vaccine*.2011. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.06.030.
10. **Farjas P, Zubizarreta R, Rego E, Tabeada JA, Paz J.** Indicadores de resultados de los programas de vacunaciones: coberturas vacunales. *Vacunas*.2001; 2:158-63.
11. Orden de 4 de mayo de 2006, de la Consejería de Sanidad, sobre recomendaciones de vacunación en el adulto. *DOCM* nº 102 (17-05-2006): 11036-8.
12. **Rodríguez-Rodríguez MI, Gatón del Amo M, Robles-Marinás V, Rubio-Domínguez J.** Factores determinantes de vacunación antigripal en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2006; 37:381-5.
13. **López de Andrés A, Carrasco Garrido P, Hernández-Barrera V, Vázquez-Fernández del Pozo S, Gil de Miguel A, Jiménez-García R.** Influenza vaccination among the elderly Spanish population: trend from 1993 to 2003 and vaccination-related factors. *Eur J Public Health* 2006; 17:272-7.
14. Vacunación antigripal. Recomendaciones para la campaña 2010-2011. Coberturas en las campañas 2008-2009 y 2009-2010. *Boletín Epidemiológico de la Provincia de Toledo* 2010; 22:49-54.
15. **Simón Méndez L, de Mateo Ontañón S, Larrauri Cámara A, Jiménez-Jorge S, Vaqué Rafart J, Pérez Hoyos S.** Transmisibilidad y gravedad de la pandemia de gripe A (H1N1) 2009 en España. *Gac Sanit* 2011. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.02.008.
16. Área de Vigilancia de la Salud Pública. Centro nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la gripe en España. Evolu-

- ción de la gripe pandémica por AnH1N1 (desde la semana 20/2009 hasta la semana 20/2010).
17. **Mirón Pérez IJ, Montero Rubio JC, Criado- Álvarez JJ, Linares C, Díaz J.** Intense cold and mortality in Castile-La Mancha (Spain): Study of mortality trigger thresholds from 1975 to 2003. *Int J Biometeor* 2011. DOI: 10.1007/s00484-011-0407-8.
18. **Mirón Pérez IJ, Criado- Álvarez JJ, Díaz J, Linares C, Mayoral S, Montero Rubio JC.** Time trends in minimum mortality temperatures in Castile-La Mancha (Central Spain): 1975- 2003. *Int J Biometeor* 2007; 52:291-9.
19. **Pérez Rubio A, Eiros Bouza JM, Castrodeza Sanz JJ.** Evaluación de la vacunación frente al virus de la gripe A H1N1 en Castilla y León. *Med Clin (Barc)* 2010; 135:543-5.
20. **Rodríguez-Guerrero R, Braojos-Peñas E, Alcázar-García R, López-Martín MA, Villarín-Castro A.** Conocimientos y actitudes de la población ante la gripe A(H1N1). *SEMERGEN*.2010; 36:547-53.
21. **Aldaz P, Loayssa JR, Apezteguía J, Oscariz M, Dronza MJ, Castilla J.** Aumento de consultas en atención primaria por infección respiratoria de vías altas y fiebre coincidiendo con la epidemia de gripe (H1N1) 2009. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84:113-20.
22. **Godoy P, Fumarola T, Martínez A, Torner N, Rodés A, Carmona G,** et al. Vigilancia de la gripe pandémica (H1N1) 2009 en Cataluña. Resultados e implicaciones. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:37-45.
23. **Criado-Álvarez JJ, Mirón Pérez IJ, Montero Rubio JC, Linares C.** Los efectos de los extremos térmicos en los planes de contingencia de los sistemas de salud. *Med Clin (Barc)* 2011; 136:602-3.
24. **Castilla J, Arregui L, Baleztena J, Barricarte A, Brugos A, Carpintero M** et al. Incidencia de la gripe y efectividad de la vacuna antigripal en la temporada 2004-2005. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29:97-106.
25. **Gago E, Martínez M, Gago J, Batalla J, Urbitzondo L.** Vacunación antigripal en una población rural: repercusión de la difusión mediática sobre la gripe aviar, percepción de riesgo y motivación para la vacunación. *Vacunas*.2006; 4:158-63.
26. **Virseda S, Restrepo MA, Arranz E, Magán-Tapia P, Fernández-Ruiz M, Gómez de la Cámara A,** et al. Seasonal and Pandemic A (H1N1) 2009 influenza vaccination coverage and attitudes among health-care workers in a Spanish University Hospital. *Vaccine*.2010; 28:4751-7.
27. **Lastras González S, García Pérez B, Fernández Escribano M, Sánchez-Arcilla I, Muedra Sánchez M.** Experiencia de vacunación frente a gripe A(H1N1) en ámbito hospitalario. *Vacunas*.2010; 11:105-9.
28. **Albertí C, Orriols R, Manzanera R, Jardí J.** Gripe y otras afecciones respiratorias agudas en la población trabajadora. Impacto del brote de gripe A (H1N1). *Arch Bronconeumol* 2010; 46:634-9.
29. **Batalla J, Urbitzondo L, Martínez M, Batista JM, Parrón I, Taberner JL,** et al. La cobertura de la vacunación antigripal en Cataluña. *Vacunas*.2001; 2:130-4.
30. **Castilla J, Guevara M, García Cenoz M, Reina G, Martínez Arto-la V, Zamora MJ,** et al. Diferencias entre las ondas gripales de verano y otoño durante la pandemia de gripe (H1N1) 2009 en Navarra. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:47-56.
31. **Salleras L, Sáenz MC, Castrodeza J, de Juanes JR, y Arrazola MP.** Vacunación antigripal. Gripe epidémica. Cap. 6. *Medicina Preventiva*. Vol. XV, nº 3, 2009 (págs. 48-56).



Original

Análisis coste-utilidad de las estatinas en la prevención primaria de eventos cardiovasculares

L. Eduardo Ayala¹ y Beltrán Rubio²

¹Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Una versión anterior de este trabajo ha sido presentada por L. Eduardo Ayala como tesina de fin de Máster en Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

RESUMEN

Objetivos

Evaluar el coste-utilidad de las estatinas en prevención primaria de eventos cardiovasculares en población española con una adherencia similar a estudios observacionales.

Métodos

Modelo de simulación determinístico retrospectivo basado en datos de estatinas disponibles en España. Se analizaron varios escenarios de riesgo cardiovascular en una población hipotética de adultos, con adherencia terapéutica del 60%. Los resultados se midieron en costes por años de vida ajustados por calidad (AVACs). Se utilizó el software TreeAge®.

Resultados

En hombres de 40 a 75 años con un riesgo del 10%, los ratios coste-utilidad para simvastatina 10 mg variaron de 33.452 a 4.430 €/AVAC, respectivamente y en mujeres, de 50.172 a 31.662 €/AVAC, respectivamente. Para el resto de estatinas los costes fueron superiores.

Conclusiones

Con una baja adherencia terapéutica, los costes de las estatinas en prevención primaria fueron muy elevados por AVAC ganado adicional, especialmente en edades tempranas y en mujeres.

Palabras clave: Estatinas, prevención primaria, análisis coste-utilidad, análisis coste-efectividad, eventos cardiovasculares.

ABSTRACT

Objectives

To evaluate the cost-utility of statins in primary prevention of cardiovascular events in the Spanish population with a similar adherence to observational studies.

Methods

Retrospective deterministic simulation model based on data of available statins in Spain. Various scenarios of cardiovascular risk were analyzed in a hypothetical population of adults with 60% adherence. The results were measured by cost per years of quality-adjusted life (QALYs). The analysis software used was TreeAge®.

Results

With a 10% risk at ages of 40 to 75 years, the cost-utility ratios for simvastatin 10 mg in men ranged from 33,452 to 4,430 €/QALY, respectively and in women from 50,172 to 31,662 €/QALY, respectively. For other statins the costs were higher.

Conclusions

With low therapeutic adherence, the costs of statins in primary prevention were very high per additional QALY gained, especially at early ages and in women.

Key words: Statins, primary prevention, cost-utility, cost-effectiveness, cardiovascular events.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son las más frecuentes en España. Según datos del Instituto Nacional de Epidemiología (INE) en 2009, las enfermedades circulatorias cardíacas y cerebrovasculares representaron más del 50%. Por otro lado, la mortalidad cardiovascular en 2008 ha representado el 32% de todas las causas de mortalidad (28% en hombres y 36% en mujeres). La miocardiopatía isquémica, infarto de miocardio y enfermedad cerebrovascular representan casi el 60% de todas las causas de mortalidad cardiovascular. La enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas, donde el número de mujeres es muy superior al de varones (1).

El estudio DARIOS (2) realizado en la población española, ha encontrado que en esta última década en personas de 35 a 74 años ha habido un incremento de los factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia estandarizada de hipertensión arterial fue del 43%, dislipemia (colesterol total > 250 mg/dl) el 41%; obesidad el 29%, consumo de tabaco más del 25%, y de diabetes el 13%. Estos hallazgos confirman la relevancia de la hipercolesterolemia como un factor de riesgo cardiovascular importante, además de otros factores de riesgo como tabaquismo, diabetes, sedentarismo y obesidad (3).

La mayoría de los factores de riesgo cardiovascular son factores modificables y, por lo tanto, la estrategia de prevención debe estar dirigida a modificar estilos de vida: lucha contra el tabaquismo, aumento del ejercicio físico, dietas bajas en colesterol, control de tensión arterial (4). En pacientes que han padecido un evento cardiovascular importante: cardiopatía isquémica, infarto de miocardio o ictus isquémico, la prevención secundaria con estatinas está ampliamente establecida (5). Sin embargo, como prevención primaria existe menos evidencia sobre el coste-efectividad o los beneficios sobre la calidad de vida de personas sin antecedentes de otras morbilidades (6). Por otro lado, las estatinas son los fármacos hipolipemiantes más prescritos y que más gasto sanitario generan. Del total del gasto sanitario en 2009 el 7,2% correspondía a estatinas (7).

Teniendo en cuenta que el tratamiento preventivo en personas sin patología puede afectar su calidad de vida, los estudios coste-utilidad son una variedad de estudios coste-efectividad que incluyen datos sobre calidad. Este trabajo está orientado al análisis coste-utilidad de las estatinas disponibles en España para prevención primaria. Es un estudio de simulación utilizando un cumplimiento cercano al visto en estudios observacionales y con varios niveles de riesgo cardiovascular, según se podrían calcular por las tablas de riesgo cardiovascular actuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

La evaluación económica se hizo con un análisis de coste-utilidad, que es una variedad de los estudios de coste-efectividad (8). Para medir el coste-utilidad, se utilizó un modelo de simulación retrospectivo y determinístico. La población hipotética está constituida por mujeres y hombres de 40 a 75 años con un incremento del 10% del riesgo de padecer un evento cardiovascular a 10 años. Por otro lado, también se valoraron incrementos del riesgo superiores (15% y 20%) para evaluar la sensibilidad del modelo.

Se realizó un análisis de decisión, como se muestra en la Figura 1, donde los sujetos podían recibir o no tratamiento con estatinas. Los eventos reflejados en el árbol están expresados por su frecuencia en la población en general, y se incluyen por igual en los que reciben o no tratamiento (incluyendo miopatía, neuropatía y rabdomiolisis). En el árbol de decisión, cada uno de los eventos tiene un coste asociado. El punto de vista adoptado para el estudio fue la perspectiva del financiador del Sistema Sanitario, al considerar sólo los costes directos sanitarios. La medición de los costes se hizo en términos monetarios, en euros (€) actualizados al año 2011.

Se calcularon los costes para los siguientes eventos: vivir sin cambios, con efectos adversos, infarto fatal o no, ictus fatal o no, muerte de origen circulatorio o muerte por otras causas. Para el coste de los eventos cardiovasculares y el de los efectos adversos: miopatía y neuropatía, se obtuvieron datos del estudio

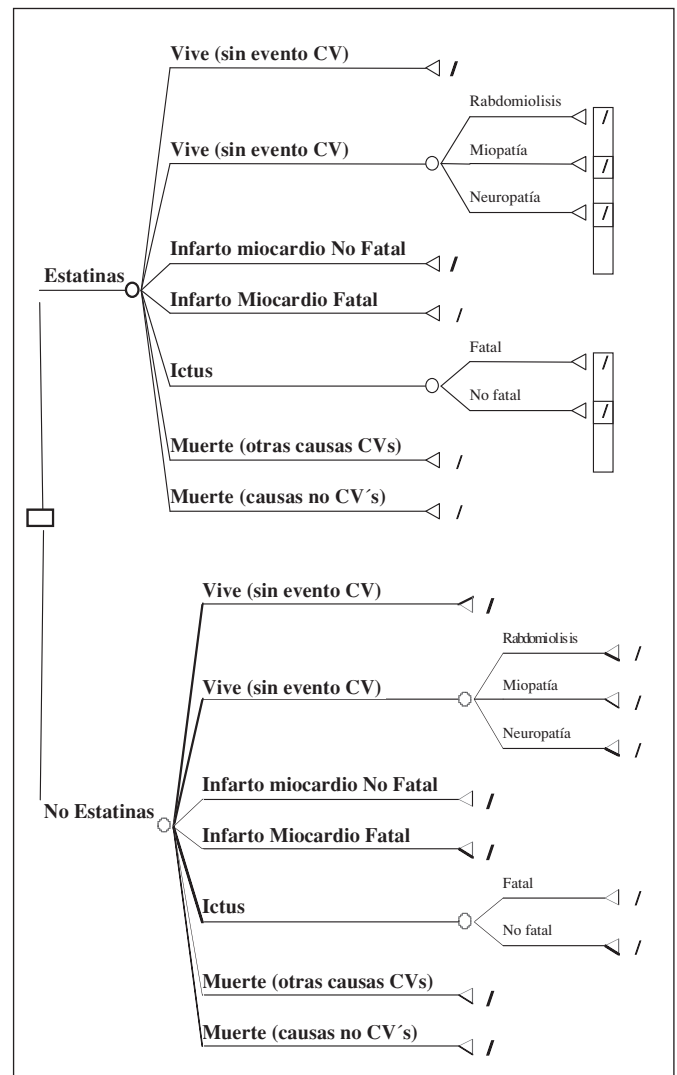


Figura 1. Diagrama del árbol de decisiones.

de Alonso R (9). Siguiendo estos autores los costes asociados a los efectos adversos, se calcularon como el aumento del número de visitas (5 visitas extras) para miopatía y neuropatía. Como la rabdomiolisis es un efecto adverso grave y a falta de información, se estimó como el coste de su complicación más grave la insuficiencia renal (10).

Para el coste del tratamiento se consideraron las siguientes estatinas: rosuvastatina, atorvastatina, simvastatina, lovastatina, fluvastatina y pravastatina, a una dosis diaria. Todas existen en forma genérica, excepto rosuvastatina. Se eligió el precio más bajo para el envase con 28 unidades, en dosis mínimas y máximas recomendadas para prevención primaria, según la publicación "on line" de Vademecum (11).

Los resultados en salud se midieron a través de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). En la estimación del AVAC, la calidad de vida fluctúa entre 1 (salud perfecta) y 0 (la muerte). De esta forma se pueden comparar áreas diferentes e integrar en una unidad cantidad y calidad de vida. Se modelaron los resultados en términos de costes por AVAC adicional ganado. Para analizar la probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular, los datos sobre incidencia fueron obtenidos de

varios estudios de cohortes españolas (Tabla I). Para infarto de miocardio el estudio de Marrugat J et al (12), para ictus, el trabajo de Vega T et al (13) y Ali M et al (14). Los datos referentes a mortalidad se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística correspondientes a 2008 (1).

Debido a que no se dispone de estudios de superioridad de eficacia entre estatinas para prevención primaria, se han utilizado los datos del metaanálisis del 2011 de "The Cochrane Collaboration" (6), el metaanálisis de Brugts JJ et al(15) de 2009 y el realizado en Reino Unido por el "National Institute for Health and Clinical Excellence" (NICE) en 2008 y actualizado en 2010 (16). Hemos asumido que la eficacia de las estatinas en la prevención de eventos era semejante para cada una de ellas, dentro del rango de dosis recomendada.

A falta de datos en población española, los valores de calidad relacionada con estado de salud han sido obtenidos de Ara R et al (17), Lee et al (18) y Fryback et al (19), seleccionando entre los distintos métodos de valoración, denominado cuestionario EQ-5D (<http://www.euroqol.org/>) para los análisis económicos de tipo coste-utilidad. Se obtuvieron datos de utilidades para todos los grupos de edad estudiados. En la Tabla I sólo se muestra la utilidad para sujetos de 55 años. Para los estados de salud posteriores a infarto e ictus, se obtuvieron datos del trabajo de Greving JP et al (20).

Se utilizó una adherencia del 60%, que suele presentarse el primer año de uso de estatinas (20). Hemos asumido que el cumplimiento se mantendría estable. La información referente a los efectos adversos de las estatinas se recogió del informe del metaanálisis del NICE. No existen estudios de calidad de vida para los efectos adversos, los datos se han extraído del trabajo previo de Pignone M(21) para miopatía y hemos asumido que sería similar para neuropatía. Para rabdomiolisis, como es una condición que puede llevar a la insuficiencia renal, se ha escogido el valor para esta condición (22).

En el árbol de decisiones, se calculó no recibir tratamiento y se comparó las diferentes opciones de tratamiento con estatinas. Se calcularon los costes, AVAC y el *ratio* coste-AVAC incremental de cada una de las opciones terapéuticas a evaluar. Los resultados fueron expresados como coste medio por AVAC adicional ganado respecto a no recibir tratamiento. En España, el umbral del coste-efectividad incremental no está definido. El NICE en Reino Unido ha definido por aceptables de 5.000 a 15.000 libras/AVAC y como aceptables en condiciones especiales de 25.000 a 35.000 libras/AVAC.

El programa informático empleado fue el software TreeAge® Pro Suite 2009. Release 1.0.2.

Se realizó una búsqueda de la evidencia científica disponible (hasta Abril 2011) en las siguientes bases de datos y buscadores: MEDLINE®, a través de Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), MEDSCAPE, IBECs, Centre for Reviews & Dissemination (CRD) database (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb>), TRIPDatabase, EMBASE, Excelencia Clínica, Cochrane Library, Google Académico. La búsqueda se realizó utilizando texto libre y términos MeSH (*Medical Subject Headings*): estatinas, efectos adversos, cumplimiento del tratamiento, enfermedades cardiovasculares, ictus, accidente cerebrovascular, isquemia cerebral transitoria, infarto de miocardio, coste-utilidad, coste-efectividad, gasto farmacéutico, colesterolemia, prevención primaria, AVAC, utilidades, adherencia, cumplimiento, seguridad, toxicidad. La búsqueda se hizo en inglés y en castellano.

RESULTADOS

Resultados con riesgo cardiovascular del 10%

El tratamiento con estatinas, en hombres y en mujeres de 40 a 75 años, los costes por AVAC ganado adicional se incrementaron en el siguiente orden: simvastatina, lovastatina, atorvastatina, fluvastatina, pravastatina y rosuvastatina. Para simvastatina 10 mg en hombres (Tabla II), los costes fueron desde 33.452 € a los 40 años hasta 4.430 € a los 75 años, por AVAC ganado adicional. Como caso base, a los 55 años, el incremento del coste anual fue de 22 euros, que corresponde al coste de la estatina compensado por una disminución de eventos cardiovasculares, como se refleja en el incremento del AVAC, aunque muy bajo: 0,001242 (Figura 2). De tal manera que para obtener un AVAC adicional hay un incremento de 17.865 euros.

A dosis superiores, los costes de simvastatina 40 mg fueron de 59.986 € a los 40 años hasta 22.058 € a los 75 años, por AVAC ganado adicional. Para atorvastatina 10 mg, que cuenta con similar potencia que simvastatina 40 mg para reducir los niveles sanguíneos de colesterol LDL (cLDL)(23), los costes fueron desde los 54.435 € a los 40 años, hasta los 18.742 € a los 75 años, por AVAC ganado adicional.

En mujeres (Tabla III), los *ratios* incrementales de simvastatina 10 mg han variado de 50.172 €/AVAC a 31.662 €/AVAC, de los 40 a los 75 años, respectivamente. Con simvastatina 40 mg variaron de 84.178 €/AVAC a 60.741€/AVAC, de los 40 a los 75 años, respectivamente. Para atorvastatina 10 mg, los costes fueron desde los 77.519 € a los 40 años, hasta los 54.144 € a los 75 años, por AVAC ganado adicional.

Resultados con riesgo cardiovascular del 15% y 20%

Para hombres y mujeres (Figura 3), se representan las variaciones del *ratio* coste-utilidad incremental de simvastatina 10 mg, atorvastatina 10 mg y simvastatina 40 mg. Como caso base en hombre de 55 años con un riesgo del 15% y 20%, el *ratio* incremental con simvastatina 10 mg es de 16.830 €/AVAC y 15.838 €/AVAC, respectivamente; para mujeres de 43.297 €/AVAC y 42.566 €/AVAC, respectivamente.

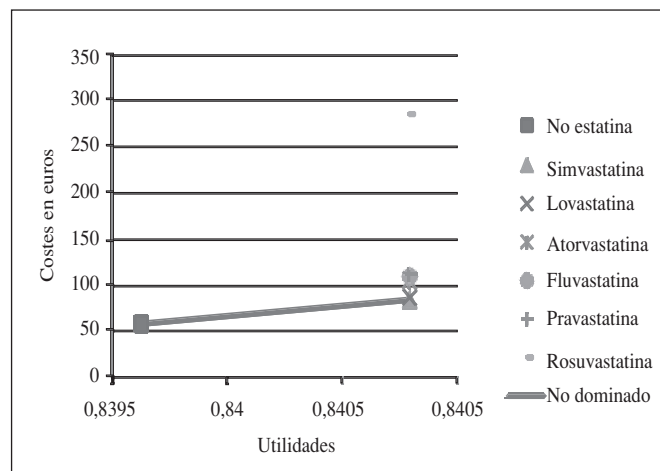


Figura 2. Ratios coste-AVAC incrementales con 10% riesgo en hombres y dosis mínimas de estatinas.

Tabla I. Variables epidemiológicas empleadas en el modelo de decisión

| Parámetro | | | Referencia |
|--|--------------------|----------------|------------|
| Incidencia (por 100.000 habitantes) | | | |
| | Hombres | Mujeres | |
| Infarto de miocardio (IC95%) | 207 (202-211) | 45 (44-47) | (12) |
| Ictus (IC95%) | 148 (124-172) | 134 (112-157) | (13,14) |
| Miopatía | 12 | 12 | (16) |
| Neuropatía | 11 | 11 | (26) |
| Rabdomiolisis | 3,4 | 3,4 | (16) |
| Mortalidad (probabilidad) | | | |
| Infarto de miocardio | 0,31 | 0,33 | (12) |
| Ictus | 0,12 | 0,12 | (13) |
| Otras cardiovasculares (x 100.000 hab.) | 135 | 173 | (1) |
| Todas las causas (x 100.000 hab.) | 639 | 518 | (1) |
| Eficacia del tratamiento con estatinas (IC 95%) | | | |
| | Ambos sexos | | |
| Riesgo relativo infarto de miocardio fatal | 0.41 (0,19-0,88) | (16) | |
| Odds ratio Infarto miocardio no fatal | 0,56 (0,41-0,76) | (15) | |
| Riesgo relativo ictus, fatal y no fatal | 0,78 (0,65-0,94) | (6) | |
| Riesgo Relativo evento fatal y no fatal cardiovascular | 0,74 (0,66-0,85) | (6) | |
| Riesgo Relativo muerte por todas las causas | 0,83 (0,73-0,95) | (6) | |
| Utilidades | | | |
| Edad de 55 años | 0,826 | (17-19) | |
| Infarto miocardio | 0,88 | (20) | |
| Ictus | 0,50 | (20) | |
| Miopatía | 0,97 | (21) | |
| Neuropatía | 0,97 | (21) | |
| Rabdomiolisis | 0,85 | (22) | |
| Adherencia real al tratamiento | | | |
| Primer año | 60% | (20) | |
| Costes en euros (€) | | | |
| | Costes | | |
| Fluvastatina 20mg-80 mg | 5.03-10,05 | (11) | |
| Atorvastatina 10 mg-40 mg | 4,71-18,84 | (11) | |
| Simvastatina 10 mg-40 mg | 3,12-5,14 | (11) | |
| Lovastatina 20 mg-80 mg | 3,29-13,12 | (11) | |
| Pravastatina 10 mg-40 mg | 5,2-20,79 | (11) | |
| Rosuvastatina 5 mg-20 mg | 18,9-38,92 | (11) | |
| Infarto miocardio no fatal | 13.000,91 | (9) | |
| Infarto miocardio fatal | 9.064,89 | (9) | |
| Ictus no fatal | 6.140,10 | (9) | |
| Ictus no fatal | 4.452,52 | (9) | |
| Miopatía | 231,55 | (9) | |
| Neuropatía | 231,55 | (9) | |
| Rabdomiolisis | 3.568,26 | (10) | |

Tabla II. Análisis coste-utilidad en hombres con riesgo cardiovascular del 10%

| Edad | Estrategia | Coste | | Incr. Coste | | AVAC | Incr. AVAC | Ratio Incremental C-U | |
|------|---------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------|------------|-----------------------|------------|
| | | Dosis Min | Dosis Max | Dosis Min | Dosis Max | | | Dosis Min | Dosis Max |
| 40 | No estatina | 33 | 33 | | | 0,86203 | | | |
| | Simvastatina | 66 | 92 | 33 | 60 | 0,863022 | 0,000992 | 33.452,45 | 59.985,82 |
| | Lovastatina | 68 | 156 | 35 | 123 | | | 35.282,26 | 123.991,94 |
| | Atorvastatina | 87 | 196 | 54 | 163 | | | 54.435,48 | 164.314,52 |
| | Fluvastatina | 91 | 271 | 58 | 238 | | | 58.467,74 | 239.919,35 |
| | Pravastatina | 93 | 296 | 60 | 263 | | | 60.483,87 | 265.120,97 |
| | Rosuvastatina | 272 | 533 | 239 | 500 | | | 240.927,42 | 504.032,26 |
| 45 | No estatina | 44 | 44 | | | | | 0,841945 | |
| | Simvastatina | 74 | 100 | 30 | 56 | 0,843001 | 0,001056 | 28.469,95 | 53.399,36 |
| | Lovastatina | 76 | 164 | 32 | 120 | | | 30.303,03 | 113.636,36 |
| | Atorvastatina | 95 | 204 | 51 | 160 | | | 48.295,45 | 151.515,15 |
| | Fluvastatina | 99 | 279 | 55 | 235 | | | 52.083,33 | 222.537,88 |
| | Pravastatina | 101 | 304 | 57 | 260 | | | 53.977,27 | 246.212,12 |
| | Rosuvastatina | 280 | 541 | 236 | 497 | | | 223.484,85 | 470.643,94 |
| 50 | No estatina | 58 | 58 | | | | | 0,839627 | |
| | Simvastatina | 84 | 110 | 26 | 52 | 0,840793 | 0,001166 | 22.404,40 | 44.980,66 |
| | Lovastatina | 86 | 174 | 28 | 116 | | | 24.013,72 | 99.485,42 |
| | Atorvastatina | 104 | 214 | 46 | 156 | | | 39.451,11 | 133.790,74 |
| | Fluvastatina | 109 | 289 | 51 | 231 | | | 43.739,28 | 198.113,21 |
| | Pravastatina | 111 | 314 | 53 | 256 | | | 45.454,55 | 219.554,03 |
| | Rosuvastatina | 289 | 550 | 231 | 492 | | | 198.113,21 | 421.955,40 |
| 55 | No estatina | 71 | 71 | | | | | 0,817516 | |
| | Simvastatina | 94 | 120 | 22 | 49 | 0,818758 | 0,001242 | 17.864,67 | 39.056,20 |
| | Lovastatina | 96 | 184 | 25 | 113 | | | 20.128,82 | 90.982,29 |
| | Atorvastatina | 114 | 224 | 43 | 153 | | | 34.621,58 | 123.188,41 |
| | Fluvastatina | 119 | 299 | 48 | 228 | | | 38.647,34 | 183.574,88 |
| | Pravastatina | 121 | 324 | 50 | 253 | | | 40.257,65 | 203.703,70 |
| | Rosuvastatina | 299 | 560 | 228 | 489 | | | 183.574,88 | 393.719,81 |
| 60 | No estatina | 99 | 99 | | | | | 0,796096 | |
| | Simvastatina | 113 | 140 | 14 | 41 | 0,797516 | 0,00142 | 10.135,37 | 28.676,19 |
| | Lovastatina | 115 | 204 | 16 | 105 | | | 11.267,61 | 73.943,66 |
| | Atorvastatina | 134 | 244 | 35 | 145 | | | 24.647,89 | 102.112,68 |
| | Fluvastatina | 138 | 318 | 39 | 219 | | | 27.464,79 | 154.225,35 |
| | Pravastatina | 140 | 344 | 41 | 245 | | | 28.873,24 | 172.535,21 |
| | Rosuvastatina | 319 | 580 | 220 | 481 | | | 154.929,58 | 338.732,39 |
| 65 | No estatina | 126 | 126 | | | | | 0,774711 | |
| | Simvastatina | 133 | 159 | 7 | 33 | 0,776297 | 0,001586 | 4.171,63 | 20.771,30 |
| | Lovastatina | 135 | 223 | 9 | 97 | | | 5.674,65 | 61.160,15 |
| | Atorvastatina | 154 | 263 | 28 | 137 | | | 17.654,48 | 86.380,83 |
| | Fluvastatina | 158 | 338 | 32 | 212 | | | 20.176,54 | 133.669,61 |
| | Pravastatina | 160 | 363 | 34 | 237 | | | 21.437,58 | 149.432,53 |
| | Rosuvastatina | 339 | 599 | 213 | 473 | | | 134.300,13 | 298.234,55 |

Tabla II (continuación). Análisis coste-utilidad en hombres con riesgo cardiovascular del 10%

| Edad | Estrategia | Coste | | Incr. Coste | | AVAC | Incr. AVAC | Ratio Incremental C-U | |
|------|---------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------|------------|-----------------------|------------|
| | | Dosis Min | Dosis Max | Dosis Min | Dosis Max | | | Dosis Min | Dosis Max |
| 70 | No estatina | 126 | 126 | | | 0,75396 | | | |
| | Simvastatina | 133 | 159 | 7 | 33 | 0,755501 | 0,001541 | 4.294,24 | 21.381,78 |
| | Lovastatina | 135 | 223 | 9 | 97 | | | 5.840,36 | 62.946,14 |
| | Atorvastatina | 154 | 263 | 28 | 137 | | | 18.170,02 | 88.903,31 |
| | Fluvastatina | 158 | 338 | 32 | 212 | | | 20.765,74 | 137.573,00 |
| | Pravastatina | 160 | 363 | 34 | 237 | | | 22.063,60 | 153.796,24 |
| | Rosuvastatina | 339 | 599 | 213 | 473 | | | 138.221,93 | 306.943,54 |
| 75 | No estatina | 126 | 126 | | | | | 0,73222 | |
| | Simvastatina | 133 | 159 | 7 | 33 | 0,733714 | 0,001494 | 4.430,03 | 22.057,93 |
| | Lovastatina | 135 | 223 | 9 | 97 | | | 6.024,10 | 64.926,37 |
| | Atorvastatina | 154 | 263 | 28 | 137 | | | 18.741,63 | 91.700,13 |
| | Fluvastatina | 158 | 338 | 32 | 212 | | | 21.419,01 | 141.900,94 |
| | Pravastatina | 160 | 363 | 34 | 237 | | | 22.757,70 | 158.634,54 |
| | Rosuvastatina | 339 | 599 | 213 | 473 | | | 142.570,28 | 316.599,73 |

Min.=Mínima, Máx.= Máxima, Incr.=Incremento, C-U=Coste-Utilidad

DISCUSIÓN

Pese a la introducción de formas genéricas de estatinas, cuando se tiene en cuenta una adherencia del 60% , similar a la vista en estudios observacionales (20), hemos observado que el *ratio* incremental coste-utilidad es más elevado que en estudios previos de coste-efectividad (24) en ambos sexos, en todos los niveles de riesgo analizados y especialmente en mujeres. Esto pondría en evidencia la disminución de la eficiencia cuando existe una escasa adherencia al tratamiento.

A dosis mínimas, tanto en hombres como en mujeres, la opción dominante fue la simvastatina 10 mg. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por el NICE (16), que recomienda iniciar tratamiento en prevención primaria con simvastatina a dosis mínimas. Aunque en nuestro país no se haya adoptado un umbral de aceptabilidad para el *ratio* incremental coste-utilidad, si tomamos en cuenta los límites del NICE, en hombres serían aceptables a partir de 40 años y en las mujeres aproximadamente a partir de los 60 años. En prevención primaria, otros autores tampoco han encontrado un coste-efectividad aceptable en mujeres menores de 50 años (25). En mujeres, los eventos cardiovasculares suelen presentarse de manera más tardía que en los hombres, lo que explicaría los costes más elevados en edades tempranas.

Cuando observamos los resultados con dosis máximas recomendadas de estatinas, los costes son aún más elevados y especialmente en mujeres. Si bien la simvastatina es también la opción dominante, la dosis mínima de atorvastatina 10 mg, tiene aproximadamente la misma capacidad de reducir el colesterol que simvastatina 40 mg. Por lo tanto, la atorvastatina es la opción con el mejor *ratio* coste-utilidad, aunque sólo sería aceptable en los hombres y a partir de los 50 años. Estos resultados podrían deberse, como se ha explicado antes, a la aparición de enfermedad cardiovascular más tardía en mujeres, bajo cumplimiento y especialmente al coste de la atorvastatina.

Al aumentar la edad, se observó una disminución de los costes por AVAC adicional ganado y que se explica por el aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

En el análisis de sensibilidad con un riesgo superior al 10% de padecer un evento cardiovascular, se produjo una ligera disminución del *ratio* incremental coste-utilidad, como lo observado por Greving JP et al (20). Si bien existen diferencias con este estudio, principalmente en los costes y la población, estos autores han realizado un análisis de simulación, evaluando diferentes niveles de riesgo cardiovascular y adherencia, en ambos sexos y a diferentes edades.

Todas las estatinas evaluadas, con excepción de la rosuvastatina, mostraron un coste-utilidad aceptable a dosis mínimas, especialmente en hombres a partir de los 55 años. Rosuvastatina no existe aún como genérico, haciendo que su precio no sea competitivo.

La preponderancia que tienen las enfermedades cardiovasculares en la población española, hace que la prevención primaria de eventos cardiovasculares sea fundamental. Según este análisis económico, el uso de estatinas con poca adherencia al tratamiento, en la prevención primaria de eventos cardiovasculares como el infarto o el ictus, tendrían un coste-utilidad muy elevado, especialmente en edades tempranas y en mujeres. Desde un punto de vista coste-utilidad, el tratamiento preventivo debería estar orientado según el nivel de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta la edad y sexo del paciente. Por otro lado, sería recomendable que los profesionales y las autoridades sanitarias hicieran un esfuerzo mayor a la hora de mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes para garantizar la eficacia de la intervención.

Debilidades de este estudio. Se ha hecho una evaluación con varios niveles de riesgo de eventos cardiovasculares similar al calculado por las escalas de riesgo cardiovascular a 10 años y estos fármacos son, en principio, de uso crónico. Se ha evaluado una adherencia al tratamiento del 60% estable y muy probablemente el cumplimiento sea inferior después de varios años de tratamiento, por lo que estos resultados podrían estar sobreestimados. Los datos de eficacia de las estatinas en la prevención de eventos cardiovasculares se han generalizado a todas ellas, por no disponer de datos de estudios de eficacia comparativos.

Tabla III. Análisis coste-utilidad en mujeres con riesgo cardiovascular del 10%

| Edad | Estrategia | Coste | | Incr. Coste | | AVAC | Incr. AVAC | Ratio Incremental C-U | |
|------|---------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------|------------|-----------------------|------------|
| | | Dosis Min | Dosis Max | Dosis Min | Dosis Max | | | Dosis Min | Dosis Max |
| 40 | No estatina | 12 | 12 | | | 0,863225 | | | |
| | Simvastatina | 51 | 78 | 39 | 65 | 0,863999 | 0,000774 | 50.171,83 | 84.178,30 |
| | Lovastatina | 54 | 142 | 42 | 130 | | | 54.263,57 | 167.958,66 |
| | Atorvastatina | 72 | 182 | 60 | 170 | | | 77.519,38 | 219.638,24 |
| | Fluvastatina | 76 | 256 | 64 | 244 | | | 82.687,34 | 315.245,48 |
| | Pravastatina | 78 | 282 | 66 | 270 | | | 85.271,32 | 348.837,21 |
| | Rosuvastatina | 257 | 518 | 245 | 506 | | | 316.537,47 | 653.746,77 |
| 45 | No estatina | 14 | 14 | | | | | 0,843354 | |
| | Simvastatina | 52 | 78 | 39 | 65 | 0,844116 | 0,000762 | 50.562,08 | 85.102,05 |
| | Lovastatina | 54 | 142 | 40 | 128 | | | 52.493,44 | 167.979,00 |
| | Atorvastatina | 73 | 182 | 59 | 168 | | | 77.427,82 | 220.472,44 |
| | Fluvastatina | 77 | 257 | 63 | 243 | | | 82.677,17 | 318.897,64 |
| | Pravastatina | 79 | 282 | 65 | 268 | | | 85.301,84 | 351.706,04 |
| | Rosuvastatina | 258 | 519 | 244 | 505 | | | 320.209,97 | 662.729,66 |
| 50 | No estatina | 18 | 18 | | | | | 0,841252 | |
| | Simvastatina | 55 | 82 | 37 | 64 | 0,842052 | 0,0008 | 46.516,45 | 79.436,65 |
| | Lovastatina | 58 | 146 | 40 | 128 | | | 50.000,00 | 160.000,00 |
| | Atorvastatina | 76 | 186 | 58 | 168 | | | 72.500,00 | 210.000,00 |
| | Fluvastatina | 80 | 260 | 62 | 242 | | | 77.500,00 | 302.500,00 |
| | Pravastatina | 83 | 286 | 65 | 268 | | | 81.250,00 | 335.000,00 |
| | Rosuvastatina | 261 | 522 | 243 | 504 | | | 303.750,00 | 630.000,00 |
| 55 | No estatina | 23 | 23 | | | | | 0,819312 | |
| | Simvastatina | 59 | 85 | 36 | 62 | 0,820127 | 0,000814 | 44.044,03 | 76.377,75 |
| | Lovastatina | 61 | 149 | 38 | 126 | | | 46.683,05 | 154.791,15 |
| | Atorvastatina | 79 | 189 | 56 | 166 | | | 68.796,07 | 203.931,20 |
| | Fluvastatina | 84 | 264 | 61 | 241 | | | 74.938,57 | 296.068,80 |
| | Pravastatina | 86 | 289 | 63 | 266 | | | 77.395,58 | 326.781,33 |
| | Rosuvastatina | 264 | 525 | 241 | 502 | | | 296.068,80 | 616.707,62 |
| 60 | No estatina | 35 | 35 | | | | | 0,798181 | |
| | Simvastatina | 68 | 94 | 32 | 59 | 0,799073 | 0,000892 | 36.183,02 | 65.710,82 |
| | Lovastatina | 70 | 158 | 35 | 123 | | | 39.237,67 | 137.892,38 |
| | Atorvastatina | 88 | 198 | 53 | 163 | | | 59.417,04 | 182.735,43 |
| | Fluvastatina | 93 | 273 | 58 | 238 | | | 65.022,42 | 266.816,14 |
| | Pravastatina | 95 | 298 | 60 | 263 | | | 67.264,57 | 294.843,05 |
| | Rosuvastatina | 273 | 534 | 238 | 499 | | | 266.816,14 | 559.417,04 |
| 65 | No estatina | 48 | 48 | | | | | 0,777066 | |
| | Simvastatina | 77 | 103 | 29 | 55 | 0,77803 | 0,000964 | 29.743,76 | 57.061,15 |
| | Lovastatina | 79 | 167 | 31 | 119 | | | 32.157,68 | 123.443,98 |
| | Atorvastatina | 97 | 207 | 49 | 159 | | | 50.829,88 | 164.937,76 |
| | Fluvastatina | 102 | 282 | 54 | 234 | | | 56.016,60 | 242.738,59 |
| | Pravastatina | 104 | 307 | 56 | 259 | | | 58.091,29 | 268.672,20 |
| | Rosuvastatina | 282 | 543 | 234 | 495 | | | 242.738,59 | 513.485,48 |

Tabla III (Continuación). Análisis coste-utilidad en mujeres con riesgo cardiovascular del 10%

| Edad | Estrategia | Coste | | Incr. Coste | | AVAC | Incr. AVAC | Ratio Incremental C-U | |
|------|---------------|-----------|-----------|-------------|-----------|----------|------------|-----------------------|------------|
| | | Dosis Min | Dosis Max | Dosis Min | Dosis Max | | | Dosis Min | Dosis Max |
| 70 | No estatina | 48 | 48 | | | 0,756252 | | | |
| | Simvastatina | 77 | 103 | 29 | 55 | 0,757187 | 0,000935 | 30.653,93 | 58.807,24 |
| | Lovastatina | 79 | 167 | 31 | 119 | | | 33.155,08 | 127.272,73 |
| | Atorvastatina | 97 | 207 | 49 | 159 | | | 52.406,42 | 170.053,48 |
| | Fluvastatina | 102 | 282 | 54 | 234 | | | 57.754,01 | 250.267,38 |
| | Pravastatina | 104 | 307 | 56 | 259 | | | 59.893,05 | 277.005,35 |
| | Rosuvastatina | 282 | 543 | 234 | 495 | | | 250.267,38 | 529.411,76 |
| 75 | No estatina | 48 | 48 | | | | | 0,734446 | |
| | Simvastatina | 77 | 103 | 29 | 55 | 0,735352 | 0,000905 | 31.661,79 | 60.740,74 |
| | Lovastatina | 79 | 167 | 31 | 119 | | | 34.254,14 | 131.491,71 |
| | Atorvastatina | 97 | 207 | 49 | 159 | | | 54.143,65 | 175.690,61 |
| | Fluvastatina | 102 | 282 | 54 | 234 | | | 59.668,51 | 258.563,54 |
| | Pravastatina | 104 | 307 | 56 | 259 | | | 61.878,45 | 286.187,85 |
| | Rosuvastatina | 282 | 543 | 234 | 495 | | | 258.563,54 | 546.961,33 |

Min.=Mínima, Máx.= Máxima, Incr.=Incremento, C-U=Coste-Utilidad

Sólo hemos tenido en cuenta datos de metaanálisis y no de estudios individuales. Se ha utilizado el coste de la insuficiencia renal, la complicación grave de rabdomiolisis y, por lo tanto, el resultado de costes puede estar sobreestimado. Se ha tenido que asumir valores sobre utilidades de algunas condiciones como neuropatía y rabdomiolisis por falta de información y esto podría alterar los resultados de alguna manera. No se han considerado los costes indirectos, por lo que los costes podrían estar infraestimados.

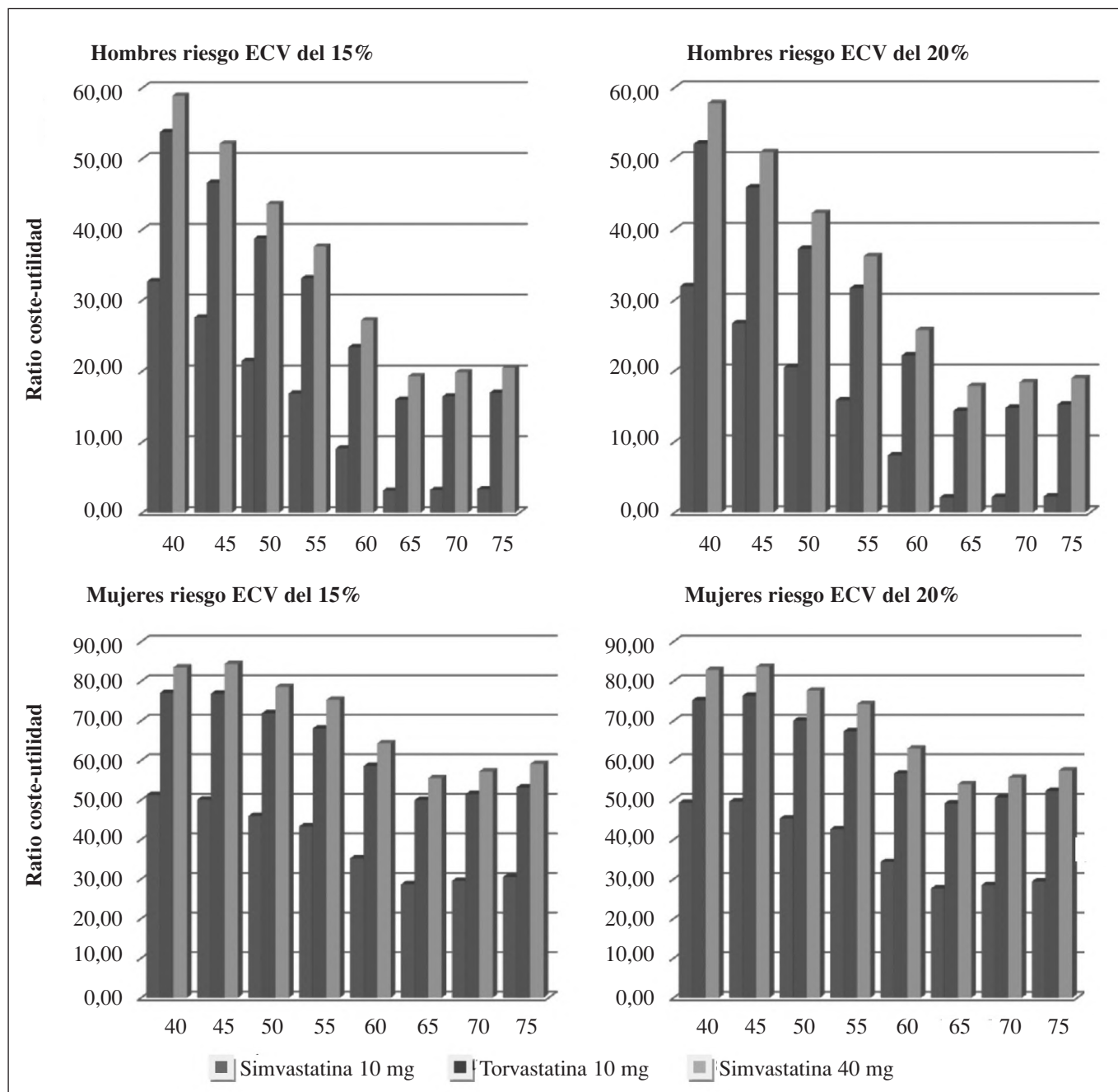
Correspondencia:

L. Eduardo Ayala Morillas.
 Servicio de Medicina Preventiva.
 Hospital Clínico San Carlos.
 Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.
 Teléfono: 650464983.
 leam29@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [citado 2011 abr 14]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Grau M, Elosua R, Elosua R, Cabrera de León A, Cabrera de León A, Guebbe MJ, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo xxi : análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. Rev Esp Cardiol. 2011;64(04):295-304.
3. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2008;61(04):404-16.
4. Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol--United States, 1999-2002 and 2005-200. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2011 Feb 4;60(4):109-114.
5. Marrugat J, Sala J, Elosua R, Ramos R, Baena-Díez JM. Prevención cardiovascular: avances y el largo camino por recorrer. Rev Esp Cardiol. 2010;63(Supl.2):49-54.
6. Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Casas J-P, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011;1:CD004816.

7. Subgrupos ATC y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009 [Internet]. [citado 2011 mar 7]. Disponible en: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/doc/s/vol34n3SubgrATCppiosActivos.pdf
8. Rubio Cebrián S. Metodología y tipos de estudios en evaluación económica de tecnologías sanitarias. Economía de la Salud. Instrumentos. España: Díaz de Santos; 2006. p. 109-22.
9. Alonso R, Fernández de Bobadilla J, Méndez I, Lázaro P, Mata N, Mata P. Coste-efectividad del manejo de la hipercolesterolemia familiar con estrategias de tratamiento preventivo basadas en atorvastatina. Rev Esp Cardiol. 2008;61(4):382-93.
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios - Informes y Recopilaciones [Internet]. [citado 2011 abr 26]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>
11. Vademecum.es - Información: de Medicamentos y Principios Activos - Noticias, Diccionario [Internet]. [citado 2011 abr 10]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
12. Marrugat J, Elosua R, Aldasoro E, Tormo MJ, Vanaclocha H, Segura A, et al. Regional variability in population acute myocardial infarction cumulative incidence and mortality rates in Spain 1997 and 1998. Eur. J. Epidemiol. 2004;19(9):831-9.
13. Vega T, Zurriaga O, Ramos JM, Gil M, Alamo R, Lozano JE, et al. Stroke in Spain: epidemiologic incidence and patterns; a health sentinel network study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2009;18(1):11-6.
14. Ali M, Atula S, Bath PMW, Grotta J, Hacke W, Lyden P, et al. Stroke outcome in clinical trial patients deriving from different countries. Stroke. 2009 ene;40(1):35-40.
15. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RGJ, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2009;338:b2376-b2376.
16. Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease [Internet]. [citado 2011 abr 14]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG67>
17. Ara R, Pandor A, Stevens J, Rees A, Rafia R. Early high-dose lipid-lowering therapy to avoid cardiac events: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2009;13(34):1-74, 75-118.
18. Lee KK, Cipriano LE, Owens DK, Go AS, Hlatky MA. Cost-effectiveness of using high-sensitivity C-reactive protein to identify intermediate- and low-cardiovascular-risk individuals for statin therapy. Circulation. 2010;122(15):1478-87.



19. Fryback DG, Dunham NC, Palta M, Hanmer J, Buechner J, Cherepanov D, et al. US norms for six generic health-related quality-of-life indexes from the National Health Measurement study. *Med Care*. 2007;45(12):1162-70.

20. Greving J, Visseren F, de Wit G, Algra A. Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *BMJ*. 2011;342:d1672-d1672.

21. Pignone M, Earnshaw S, Tice JA, Pletcher MJ. Aspirin, statins, or both drugs for the primary prevention of coronary heart disease events in men: a cost-utility analysis. *Ann. Intern. Med.* 2006;144(5):326-36.

22. Manns B, Hemmelgarn B, Tonelli M, Au F, Chiasson TC, Dong J, et al. Population based screening for chronic kidney disease: cost effectiveness study. *BMJ*. 2010;341:c5869.

23. García Ruiz AJ, Morata García de la Puerta F, Montesinos Gálvez AC. [Rational and efficient use of treatment with statins]. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(7):263-6.

24. Pletcher MJ, Lazar L, Bibbins-Domingo K, Moran A, Rodondi N, Coxson P, et al. Comparing impact and cost-effectiveness of primary prevention strategies for lipid-lowering. *Ann. Intern. Med.* 2009;150(4):243-54.

25. Kang H-Y, Ko S-K, Liew D. Results of a Markov model analysis to assess the cost-effectiveness of statin therapy for the primary prevention of cardiovascular disease in Korea: the Korean Individual-Microsimulation Model for Cardiovascular Health Interventions. *Clin Ther.* 2009;31(12):2919-2930; discussion 2916-2918.

26. Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. En: *The Cochrane Collaboration, Ward K, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [citado 2011 ene 21]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004816.pub3>*

Protocolos y documentos de interés

Protocolo de vacunación de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Protocolos de la SEMPSPH

M. Campins, X. Martínez y Y. Cossío

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. H. U. Vall d'Hebrón. Barcelona

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un mayor riesgo de infecciones, asociado tanto a la inmunosupresión endógena generada por su enfermedad de base, como a la exógena, generada por los tratamientos que reciben. Se han descrito formas graves de infección neumocócica (sepsis fulminante), varicela (neumonía), hepatitis B (reactivación), así como una mayor incidencia de herpes zóster y de displasia y cáncer de cérvix, debido a una mayor prevalencia de infección por el virus del papiloma humano, en especial en mujeres con enfermedad de Crohn. El hipoesplenismo funcional que presentan los pacientes con colitis ulcerosa condiciona asimismo un riesgo de infecciones por bacterias capsuladas (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b).

En los últimos años se han publicado guías y documentos de consenso sobre indicaciones de vacunación en estos pacientes, como medida de prevención primaria de estas infecciones. No obstante, las evidencias científicas sobre la respuesta y seguridad vacunal son aún limitadas.

PRINCIPIOS GENERALES DE VACUNACIÓN DE PACIENTES CON EII

1. Valorar si el paciente recibe tratamiento inmunosupresor.
2. Revisar estado vacunal y completar vacunas de calendario sistemático.
3. Valorar vacunas indicadas por la patología de base.
4. Solicitar serología prevacunal frente a varicela, sarampión, hepatitis B y hepatitis A, en función de los antecedentes clínicos y/o vacunales del paciente.

1. Pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor

Se incluirán dentro de este grupo todos los pacientes que reciben tratamiento con biológicos (infliximab, adalimumab, certolizumab) y/o inmunosupresores de mantenimiento (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexate, micofenolato), independientemente del fármaco y dosis. También se incluirán los enfermos que reciben tratamiento durante más de 15 días con corticoides a dosis iguales o superiores a 20 mg/día de

prednisona, o dosis equivalentes de otros corticosteroides, y los pacientes con malnutrición importante.

Vacunas contraindicadas. Las vacunas atenuadas están contraindicadas en general en estos pacientes. Dentro de este grupo se incluyen las siguientes vacunas:

- Triple vírica.
- Varicela.
- BCG.
- Rotavirus.
- Fiebre amarilla.
- Fiebre tifoidea oral (Ty21a).
- Antipoliomielitis oral.
- Vacuna del herpes zóster (no disponible aún en España).

En relación a la vacuna frente al herpes zóster se considera segura su administración en pacientes que estén recibiendo azatioprina (dosis < 3 mg/kg/d), 6-mercaptopurina (dosis < 1,5 mg/kg/d) o metotrexate (dosis < 0,4 mg/kg/semana).

Para la administración de vacunas atenuadas se requiere que haya transcurrido un mínimo de 3 meses desde la finalización del tratamiento inmunosupresor, excepto en el caso de los corticoides, en que el intervalo requerido hasta la vacunación es de sólo 1 mes.

Si se han administrado vacunas atenuadas antes del inicio del tratamiento inmunosupresor, se deberá respetar un intervalo mínimo de 4 semanas hasta iniciar la inmunosupresión.

Vacunas indicadas. Las vacunas inactivadas, las polisacáridas y los toxoides se pueden administrar sin problemas de seguridad en estos pacientes, pero la respuesta inmune puede ser menor que la alcanzada en personas sanas. En este grupo se incluyen las vacunas siguientes:

- dT/dTpa.
- Hib.
- Antipoliomielítica parenteral.
- Hepatitis B.
- Hepatitis A.
- Antimeningocócica C y antimeningocócica tetravalente (ACYW135) conjugadas.
- Antineumocócica 23-v y antineumocócica 13v conjugada.
- Antigripal.

ANEXO 1. Modelo de historia clínica de vacunación de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

| | | |
|---|-------------|-----------------------|
| Fecha de la primera visita:..... | | |
| NHC:..... | | |
| Nombre y apellido..... | | |
| Fecha de nacimiento: | | Edad:..... |
| Antecedentes patológicos: | | |
| – Enfermedades de base:..... | | |
| – Otras patologías:..... | | |
| – Tratamiento actual (fecha:.....) | | |
| – inmunosupresor (AZA, MTX.....) | | |
| – corticoides:..... | | |
| – biológicos (INF.....) | | |
| – inmunoglobulinas o hemoderivados:..... | | |
| – Cambios en el tratamiento (fecha:.....) | | |
| – Cambios en el tratamiento (fecha:.....) | | |
| Antecedente de Varicela Antecedente de Sarampión | | |
| Contraindicaciones o alergias vacunales:..... | | |
| Antecedentes vacunales: | | |
| DTPa/dT/dTpa | Nº de dosis | Fecha de última dosis |
| Hib | | |
| VPI | | |
| Meningo ACYW135 | | |
| MCC | | |
| TV | | |
| Varicela | | |
| VHA | | |
| VHB | | |
| Neumo 23v | | |
| Neumo 13v | | |
| Antigripal | | |
| BCG | | |

- Vacuna frente al virus del papiloma humano.
- Fiebre tifoidea parenteral.
- Encefalitis centroeuropea.
- Encefalitis japonesa.
- Antirrábica.
- Anticolérica (diarrea del viajero).

Estas vacunas se pueden administrar en cualquier momento o fase de la enfermedad y/o tratamiento, aunque es preferible administrarlas antes del inicio de la inmunosupresión para garantizar una mejor respuesta inmune (2 semanas antes). En caso de vacunación durante el periodo de inmunosupresión se recomienda monitorizar la respuesta serológica al mes de la última dosis o repetir la vacunación al cabo de 3 meses de finalizado el tratamiento.

2. Revisión y actualización del calendario vacunal

Se considera que un adulto está correctamente vacunado si ha recibido las siguientes vacunas:

- 3 dosis de vacuna DTPa/dT, y la última dosis de recuerdo en los 10 años previos.
- 3 dosis de vacuna antipoliomielítica.
- 2 dosis de vacuna del sarampión (triple vírica) o inmunidad natural documentada.
- 2 dosis de vacuna de varicela, antecedente de padecimiento de la enfermedad o inmunidad natural documentada.
- 1 dosis de vacuna antigripal anual a partir de los 60 años.
- 1 dosis de vacuna antineumocócica 23-v a partir de los 65 años.

ANEXO 1 (continuación). Modelo de historia clínica de vacunación de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Vacunas administradas:

| | Fecha | | Fecha |
|------------|-------|------------------------------------|-------|
| dT/dTpa | | VHA | |
| 1ª dosis | | 1ª dosis | |
| 2ª dosis | | 2ª dosis | |
| 3ª dosis | | VHB (D estándar D doble) | |
| 4ª dosis | | 1ª dosis | |
| 5ª dosis | | 2ª dosis | |
| Hib | | 3ª dosis | |
| 1ª dosis | | 4ª dosis | |
| VPI | | Rev VHB (D estándar D doble) | |
| 1ª dosis | | 1ª dosis | |
| 2ª dosis | | 2ª dosis | |
| 3ª dosis | | 3ª dosis | |
| MCC | | 4ª dosis | |
| 1ª dosis | | VHA + VHB | |
| Varicela | | 1ª dosis | |
| 1ª dosis | | 2ª dosis | |
| 2ª dosis | | 3ª dosis | |
| TV | | 4ª dosis | |
| 1ª dosis | | Neumococo 23v | Fecha |
| 2ª dosis | | 1ª dosis | |
| Antigripal | | 2ª dosis | |
| | | Neumococo 13v | Fecha |
| | | 1ª dosis | |
| | | VPH | Fecha |
| | | 1ª dosis | |
| | | 2ª dosis | |
| | | 3ª dosis | |

Serologías basales y de seguimiento:

| | Basal | | Post-vacunación | |
|-------------|-------|---------|-----------------|---------|
| | Fecha | Niveles | Fecha | Niveles |
| d | | | | |
| T | | | | |
| Hib | | | | |
| Polio | | | | |
| VHA | | | | |
| VHB | | | | |
| MCC | | | | |
| Sarampión | | | | |
| Rubéola | | | | |
| Parotiditis | | | | |
| Varicela | | | | |

Tabla I. Pautas de administración de las vacunas indicadas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

| Tipo de vacuna | Pauta vacunal | Dosis de recuerdo | Control respuesta (correlator protección) |
|---|---|--|---|
| Hib | 1 dosis | No precisa | Sí (0,15 µg/ml) |
| MCC | 1 dosis | No precisa | No |
| Antineumocócica 23 – v (< 50 años) | 1 dosis | En < 50 años, que por edad no puedan recibir la 13v, revacunar con vacuna 23v, a los 5 años de la primovacunación si reciben tratamiento inmunosupresor. | No |
| Antineumocócica conjugada 13v (sólo en ≥50 años) | 1 dosis (tanto en pacientes naïve como en ya vacunados previamente con 23v; intervalo mínimo de 2 meses entre dosis) | | |
| VHB | Pauta normal (inmunocompetentes): (3 dosis: 0,1,6 meses) Pauta doble y rápida (inmunodeprimidos): (4 doble dosis: 0,1,2 y 6 meses) | No precisa | Sí (anti-HBs ≥10 mUI/ml) |
| VHA | 2 dosis: 0, 6 meses | No precisa | Sí (IgG-VHA ≥ 10mUI/ml) |
| Antigripal | 1 dosis | Anual | No |
| VPH | 3 dosis: 0, 1-2, 6 meses (sólo mujeres 9-26 años) | No precisa | No |

Tabla II. Intervalos recomendados entre la administración de inmunoglobulinas, sangre y hemoderivados, y vacunas triple vírica y varicela

| Hemoderivados | Tríplice vírica* (meses) | Varicela* (meses) |
|---|--------------------------|-------------------|
| Inmunoglobulina polivalente IM (dosis: 0,02-0,06 ml/kg) | 3 | 5 |
| Inmunoglobulina polivalente IM (dosis: 0,25 ml/kg) | 5 | 5 |
| Inmunoglobulina polivalente IM (dosis: 0,50 ml/kg) | 6 | 5 |
| Inmunoglobulina polivalente EV (según dosis) | 8-11 | 5-11 |
| Inmunoglobulina hiperinmune antihepatitis B | 3 | 5 |
| Inmunoglobulina antirrábica | 4 | 5 |
| Inmunoglobulina antitetánica | 3 | 5 |
| Inmunoglobulina hiperinmune antivariela-zóster | 5 | 5 |
| Sangre y otros hemoderivados | 6-7 | 5 |

*Meses de intervalo entre la recepción de los hemoderivados y la administración de estas vacunas

Tabla III. Vacunas de uso en viajeros con EII

| Vacuna | Pauta | Pacientes con tto. inmunosupresor |
|---------------------------|---|-------------------------------------|
| Fiebre amarilla | 1 dosis | Contraindicada |
| Encefalitis japonesa | 2 dosis (0, 28 días) | No contraindicada |
| Encefalitis centroeuropea | 2 dosis (0, 14 días) | No contraindicada |
| Rabia | Profilaxis preexposición: 0,7, 21 días | No contraindicada |
| Fiebre tifoidea | Oral atenuada 3 dosis (1 comp/días alternos) Parenteral inactivada (1 dosis) | Contraindicada No contraindicada |
| Cólera oral | 2 dosis (0,7 días) | No contraindicada |

Si se desconocen los antecedentes vacunales o la inmunidad natural frente a sarampión y/o varicela, se realizará serología (determinación de Ig G específica).

3. Vacunas indicadas en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Las vacunas indicadas en estos pacientes difieren según el grado de inmunosupresión:

Vacunas indicadas en inmunodeprimidos. Antigripal, antineumocócica, hepatitis B (VHB), hepatitis A (VHA), -

anti-*Haemophilus influenza* tipo b (Hib) y antimeningocócica C conjugada (MCC). Además, hay que considerar la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) en mujeres de 9 a 26 años.

Vacunas indicadas en inmunocompetentes. Hepatitis B, hepatitis A, antigripal y antineumocócica. Además, hay que considerar la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) en mujeres de 9 a 26 años.

Antes de la administración de la vacuna de hepatitis A, se recomienda realizar cribado serológico (determinación de Ig G) a los pacientes mayores de 40 años. Los menores de esta edad pueden vacunarse sin estudio serológico previo.

Siempre que sea posible, se recomienda control de la respuesta vacunal a los 1-3 meses de haber completado la vacunación. En caso de ausencia de respuesta se recomienda revacunación con una segunda pauta completa. En los pacientes que reciben tratamiento con hemoderivados deben respetarse los intervalos de tiempo señalados en la Tabla II cuando se deba administrar alguna vacuna atenuada.

A continuación se muestran las vacunas indicadas en viajeros afectos de enfermedad inflamatoria intestinal (Tabla III).

4. Vacunas indicadas en convivientes y familiares de pacientes con EII

Tabla IV. Recomendaciones de vacunación para convivientes de personas con EII

| Vacuna | Recomendaciones |
|-------------------------------------|--|
| Gripe | Todos los convivientes |
| Sarampión Rubéola Parotiditis | Todos los convivientes ≥12 meses no inmunes (excepto embarazadas e inmunodeprimidos) |
| Varicela | Todos los convivientes ≥12 meses no inmunes (excepto embarazadas e inmunodeprimidos) |
| Hepatitis A | Niños ≥12 meses y adultos con serología negativa |

5. Derivar al paciente a la Unidad de Vacunación para la administración de las vacunas indicadas.

Cuando se disponga de los resultados de las serologías, se remitirá al paciente a la unidad o servicio responsable de la administración de las vacunas recomendadas.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Sands BE et al. *Guidelines for immunizations in patients with inflammatory bowel disease*. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:677-692.
- American Academy of Pediatrics. Immunization in special clinical circumstances immunocompromised children. In: Pickering LK, ed *Red Book 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2006:71-86.
- Rahier JF, Moutschen M, Van Gompel A., et al. *Vaccinations in patients with immune-mediated inflammatory diseases*. *Rheumatology* 2010;49:1815-1827.
- Kotton CN. *Vaccines and inflammatory bowel disease*. *Dig Dis* 2010;28:525-535.
- Wasan SK, Baker SE, Skoinik PR, et al. *A practical guide to vaccinating the inflammatory bowel disease patient*. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1231-8.
- Mamula P. *Immune response to influenza vaccine in pediatric patients with inflammatory bowel disease*. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:851.
- Lu Y. *Immune response to influenza vaccine in children with inflammatory bowel disease*. *Am J Gastroenterol* 2009;104:444-453.
- Melmed GY, Agarwal N, Frenck RW, et al. *Immunosuppression impairs response to pneumococcal polysaccharide vaccination in patients with inflammatory bowel disease*. *Am J Gastroenterol* 2010;105:148-154.
- Vidal L, Gómez F, García Sánchez V, et al. *Eficacia de la vacuna contra el virus de la hepatitis B en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal*. *Med Clin (Barc)* 2009;132(9):331-335.
- Viget N, Vernier-Massouille G, Salmon-Ceron D, et al. *Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis*. *Gut* 2008;57:549-558.
- Singh H, Demers A, Nugent Z, et al. *Risk of cervical abnormalities in women with inflammatory bowel disease: A population based nested case-control study*. *Gastroenterology* 2009;136:451.
- Loras C, Saro C, González-Huix F, et al. *Prevalence and factors related to hepatitis B and C in inflammatory bowel disease patients in Spain: A nationwide multicenter study*. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:57-63.

CARTAS AL DIRECTOR

XX Jornadas Internacionales sobre Actualización en Vacunas

Expertos en vacunas de Medicina Preventiva, Pediatría, Epidemiología, Ginecología, Enfermedades Infecciosas y Enfermería, se dieron cita en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid los días 23 y 24 de Febrero

Señor Director:

Los días 23 y 24 de Febrero se han celebrado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid las “XX Jornadas de Actualización en Vacunas”, organizadas por el Doctor José Ramón de Juanes, Profesor Titular y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva de este centro asistencial. Con tal motivo, numerosos expertos en Medicina Preventiva, Pediatría, Epidemiología y Enfermedades Infecciosas de toda España se dieron cita en Madrid para analizar e informar de los avances en algunos de los temas de más interés en este campo de la Salud Pública.

La apertura oficial corrió a cargo de la Dra. Mercedes Vinuesa, Directora General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Esta edición ha contado como moderadores con personalidades en este campo como los Profesores García Sicilia, Gil López, Rey Calero, M^ª Carmen Sáenz y Santiago Sevilla, todos ellos expertos reconocidos en el campo de la Salud Pública.

Las diferentes ponencias se han agrupado en las siguientes mesas:

VACUNACIÓN INFANTIL. Los doctores *Bernaola Iturbe (Hospital Virgen del Camino)*, *Vázquez Moreno (Instituto Carlos III)* y *Hernández-Sampelayo (Hospital Gregorio Marañón)*, han expuesto la situación actual de enfermedades como la varicela, meningitis meningocócica por el meningococo B o el rotavirus, y su actual situación frente a ellas.

VACUNACIÓN DEL ADOLESCENTE. En esta mesa se han tratado aspectos importantes en temas del adolescente como son las medidas vacunales frente a la hepatitis A, el virus del papiloma humano causante del cáncer de cérvix o las nuevas recomendaciones frente a enfermedades como el tétanos, la difteria o la tos ferina. Los doctores *Moraga Llop (Hospital Valle de Hebrón)*, *Moreno Pérez (Hospital Carlos Haya)* y *Barranco Ordóñez (Promoción de la Salud, Comunidad de Madrid)* actualizarán los conocimientos sobre ellas.

VACUNACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES. Los doctores *García Pérez (Hospital Niño Jesús)*, *Juanes Montmeterme y Arrazola Martínez (Hospital 12 de Octubre)*, han comentado nuevas estrategias de vacunación en temas como el control de niños inmigrantes y adoptados, las recomendaciones de enfermos con tratamientos inmunomoduladores o la actuación en viajeros con destinos de riesgo.

ASPECTOS PRÁCTICOS EN VACUNACIÓN. Temas de actualidad como los mitos y controversias de las vacunas, los registros de las vacunas y la importancia de Internet en el mundo de las mismas, han sido abordados por los doctores *Urbiztondo Perdices (Dirección General Sanidad. Cataluña)*, *Pastor Villalba (Dirección General Sanidad. Valencia)* y *Álvarez Pasquín (Atención Primaria)*.

NEUMOCOCO. Los doctores *Fenoll Comes (Instituto Carlos III)*, *Ruiz Contreras (Hospital 12 de Octubre)* y *Campins Martí (Hospital Valle de Hebrón)*, han puesto al día las recomendaciones sobre vacunación frente al neumococo en niños y adultos.

COBERTURAS VACUNALES. Hoy día son necesarias las tasas de coberturas vacunales disponibles y las medidas para incrementarlas, la situación actual de la epidemia de sarampión y las actuaciones en vacunación de gripe. Los doctores *García de Codes (Hospital 12 de Octubre)*, *Ordobás Gavín (Comunidad de Madrid)* y *Cisterna Cancer (Hospital de Basurto)* han informado del momento actual en estos campos.

Finalmente, como cada año, en la clausura de la edición número XX de las Jornadas sobre actualización en vacunas, se acordó enviar las recomendaciones a las autoridades sanitarias.

Prof. J. R. de Juanes

Dra. P. Arrazola

S. de M. P. y S. P. (H. U. 12 de Octubre). Madrid

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

CONVOCATORIA A LOS SOCIOS PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE TRABAJO OFICIALES DE LA SOCIEDAD

Estimado Socio de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:

Desde la Junta Directiva queremos solicitar tu colaboración para que nos ayudes a mejorar la capacidad científica de esta Sociedad y la visibilidad que tiene para la comunidad científica el trabajo que hacemos todos. Por ello, pedimos tu colaboración para participar como miembro del grupo de trabajo en los siguientes proyectos:

- PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES DE USO DE ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES.

Interesados, contactar con: Dr. Rafael Herruzo. Sº de Medicina Preventiva. Hospital La Paz de Madrid. rafael.herruzo@uam.es o con la Sra. Monserrat Sallés. Supervisora del Sº Medicina Preventiva. Hospital Clinic de Barcelona. msalles@clinic.ub.es .

- PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL (PPEO) Y NO OCUPACIONAL (PPENO).

Interesados, contactar con: Dra. Victoria Valls. Sº de Medicina Preventiva. Hospital de Elda. valls_vic@gva.es o con el Dr. Juan F. Navarro. Sº de Medicina Preventiva Hospital GU de Elche navarro_juagra@gva.es

- PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE RECOMENDACIONES DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS SANITARIOS.

Interesados, contactar con: Dra. Mireia Cantero. Sº de Medicina Preventiva. Hospital Gregorio Marañón de Madrid mcantero.hgugm@salud.madrid.org o con la Sra. Monserrat Sa-

llés. Supervisora del Sº Medicina Preventiva. Hospital Clinic de Barcelona. msalles@clinic.ub.es .

- PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE INDICADORES DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN HOSPITALES ESPAÑOLES.

Interesados, contactar con: Dra. Paz Rodríguez. Sº de Medicina Preventiva. Hospital Gregorio Marañón de Madrid. prodri-guezpe.hgugm@salud.madrid.org o con la Dra. Enriqueta Muñoz. Sº de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario de Toledo. emunozp@sescam.jccm.es

La participación en proyectos colaborativos es una excelente oportunidad de compartir conocimientos con otros colegas y aprovechar tu experiencia y capacidad de trabajo. Además de los médicos especialistas, queremos especialmente invitar a trabajar en los proyectos a los MIR y a los enfermeros de Medicina Preventiva.

Todas las recomendaciones oficiales de la SEMPSPH que provengan de los grupos de trabajo tendrán garantizada su difusión en la página web de la Sociedad y en las web de las instituciones sanitarias que las avalen, además de garantizarse su publicación en la Revista Medicina Preventiva y/o en publicación científica de impacto.

ANÍMATE Y COLABORA ACTIVAMENTE CON LA SOCIEDAD.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SEMPSPH.

20 de Julio de 2012.

JORNADA INTERCONGRESO DE LA SEMPSPH

El próximo 15 de Noviembre de 2012, jueves, en horario de 10 a 15 horas se tiene previsto realizar la **Jornada Intercongreso** de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. En esta jornada se presentarán varias mesas de actualidad para nuestra especialidad, de las que os iremos informando. A las 13.30 horas se celebrará la **Asamblea Ordinaria de la SEMPSPH** con el fin de informar a los socios asistentes de las actividades realizadas por esta Junta Directiva. El programa y lugar de celebración se comunicará en fechas próximas.

Esperamos vuestra asistencia y participación. Gracias

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEMPSPH

ANUNCIO DE CONVOCATORIA DE JUNTA GENERAL ORDINARIA

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, en cumplimiento de sus estatutos, convoca a todos los socios a la siguiente

JUNTA GENERAL ORDINARIA

que se celebrará, al final de la Jornada Científica Intercongresos, el próximo jueves 15 de Noviembre de 2012 a las 12:45 horas en primera convocatoria y a las 13 horas en segunda convocatoria.

LUGAR: Hotel Catalonia c/ Atocha nº 11. Madrid

ORDEN DEL DÍA:

1. Lectura y aprobación del acta de la reunión anterior.
2. Informe de la Presidenta.
3. Informe del Secretario.
4. Informe del Tesorero.
5. Información sobre el próximo XVI Congreso Nacional y VI Internacional de la SEMPSPH de 2013.
6. Ruegos y preguntas.

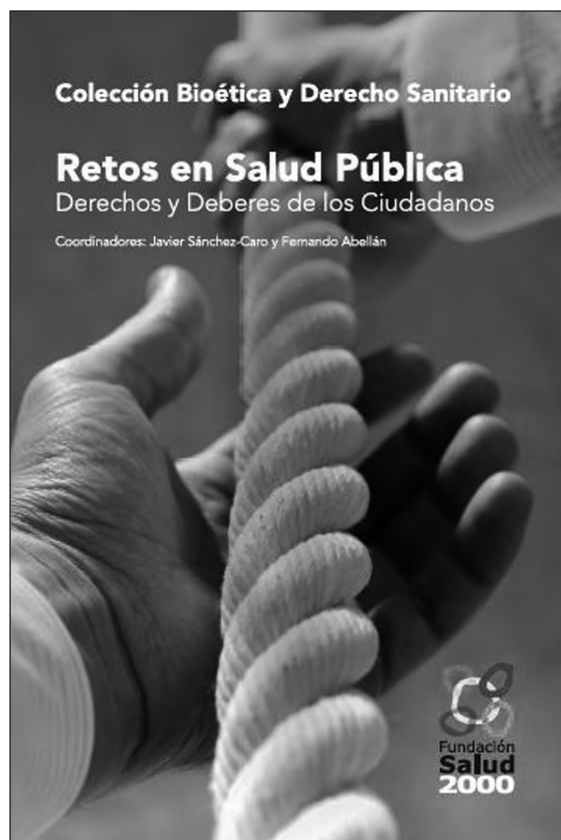
En Madrid, a 13 de Septiembre de 2012.

FDO.: La Junta Directiva de la SEMPSPH

RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA

Retos en Salud Pública: derechos y deberes de los ciudadanos (2011)

Coordinadores: Javier Sánchez-Caro y Fernando Abellán
Colección Bioética y Derecho Sanitario. Fundación Salud 2000



Con motivo de la aprobación, en el año 2011, de la Ley General de Salud Pública, la Fundación Salud 2000, que desde 1991 promueve la investigación, la divulgación del conocimiento y la promoción de la salud, apoyándose en la Bioética y el Derecho Sanitario, presenta *Retos en Salud Pública: derechos y deberes de los ciudadanos* (2011). Se trata de una monografía escrita por una gran variedad de autores expertos en diferentes áreas y coordinada por Don Javier Sánchez-Caro y Don Fernando Abellán, cuyas trayectorias profesionales se desarrollan en el mundo del Derecho Sanitario.

La nueva Ley (primera ley estatal de Salud Pública aprobada en España) y las últimas tendencias en Salud Pública prevén acciones cada vez más ambiciosas y complejas con el fin de mejorar la salud de toda la población. Llevarlas a cabo, teniendo en cuenta los principios de la Bioética, el Derecho y la evidencia científica disponible, entre otros aspectos, sin olvidar la optimización de recursos y la sostenibilidad, supone un reto para todos los implicados, especialmente para los profesionales de los muy variados ámbitos vinculados a la Salud Pública. Así, esta obra trata de responder a estas cuestiones mediante dos partes bien diferenciadas, aunque relacionadas, ofreciendo algunas pinceladas sobre cómo abordar, explicar y justificar estos retos en el contexto científico, económico y social actual.

La primera parte repasa, en cinco capítulos, distintos aspectos sobre las principales medidas de prevención primaria y secundaria de grupos de enfermedades de gran relevancia en España y en el mundo occidental actual, apoyándose en una combinación de evidencia científica sólida y ampliamente aceptada y de los últimos hallazgos, novedades y perspectivas al respecto. Cabe destacar el espacio reservado a las enfermedades raras, aún poco visibles, así como al encomiable papel, a veces no suficientemente reconocido, de la farmacia de calle en materia de Salud Pública y Promoción de la Salud.

Aunque cada exposición es clara, objetiva, estructurada, didáctica e ilustrada con tablas, resúmenes, esquemas y sustentada en referencias bibliográficas solventes, esta primera parte no es sólo un catálogo de protocolos y técnicas de cribado, sino que analiza también implicaciones éticas, administrativas, organizativas, políticas y económicas de tales actuaciones.

No en vano, la segunda parte aborda la compleja relación entre Salud Pública y Bioética y Derecho. Un análisis pormenorizado, multidisciplinar y estructurado nos ayuda a comprender la aplicación de los principios de la Bioética en la Salud Pública, cómo a menudo ésta se topa con los derechos fundamentales y las limitaciones de la Administración, así como los conflictos de interés que levanta y la necesidad de transparencia e independencia de los actores involucrados en la Salud Pública. Además, aborda temas más novedosos, como la responsabilidad social corporativa del sector privado en la salud de la población y los deberes de los ciudadanos en cuestiones de Salud Pública, contemplados también en la nueva Ley. En resumidas cuentas, disponemos de una revisión que ayuda a comprender, interpretar y justificar la Ley General de Salud Pública y las aportaciones y mejoras de ésta respecto a leyes anteriores afines, como la Ley General de Sanidad o la Ley de Autonomía del Paciente.

La obra *Retos en Salud Pública: derechos y deberes de los ciudadanos* (2011) ofrece, en un formato didáctico y manejable, una actualización oportuna de distintos matices relevantes de la Salud Pública. Además, está profusamente acompañada de esquemas, tablas, notas aclaratorias y sólidas referencias, con lo cual no sólo constituye un libro de lectura o consulta, sino que puede ser de utilidad como guía o instrumento de trabajo, docencia e investigación. Al mismo tiempo, no abusa de tecnicismos sofisticados y, dada la transversalidad e interés general de los contenidos, resulta atractiva no sólo para el profesional, sea cual fuere su perfil, sino que puede también suscitar la curiosidad de cualquier ciudadano, al fin y al cabo el principal objeto y sujeto de la Salud Pública.

Isabel Cuevas Casado

Residente de tercer año de Medicina Preventiva y Salud Pública
Hospital Universitario de La Princesa.

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 CD 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 conciernen 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. ■