

Prevalencia del hipotiroidismo tratado en la población adulta

Introducción. La prevalencia del hipotiroidismo (HT) diagnosticado y tratado ha aumentado en los últimos años en nuestro medio. En el conjunto del Estado español, el consumo de hormona tiroidea (T4) experimentó, en el período 1996-1999, un incremento del 26,4%, y pasó de 3,2 a 4,3 diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes¹. Datos recientes arrojan una cifra cercana al 1% de la población adulta en tratamiento con T4². Los resultados de estudios españoles realizados con determinación de niveles plasmáticos de hormonas tiroideas revelan unos porcentajes de población afectada mucho más elevados, del 1,2% para el HT clínico y hasta del 3,5% si se incluye el HT subclínico. En las mujeres, el porcentaje de afección es mucho mayor, entre el 3,2 y el 7,8% (sobre todo a costa del subclínico)^{3,4}. El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del HT tratado con levotiroxina (T4) en la población adulta.

Diseño. Estudio descriptivo transversal de utilización de medicamentos.

Emplazamiento. Centro de Salud de Paterna (Valencia).

Participantes. Los casos fueron los mayores de 14 años que estaban en tratamiento con T4 durante el año 2003 de una población de 18.861 adultos asignados a 11 cupos médicos del centro de salud.

Mediciones principales. Se ha recogido la edad, el sexo y el médico de los pacientes que tomaban T4 de forma habitual. Los datos de la población de referencia se han extraído de la base de datos del sistema SIP (Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat valenciana). Se ha determinado la prevalencia de tratamiento con T4 por grupos de edad y sexo, con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados. Los 11 médicos participantes han declarado que atienden a 265 pacientes en tratamiento con T4, que ha correspondido al 1,4% (IC del 95%, 1,2-1,6%) de la población > 14 años, el 2,3% (IC del

TABLA 1 Prevalencia de población adulta en tratamiento con levotiroxina por grupos de edad y sexo

	Varones (%) (IC del 95%)	Mujeres (%) (IC del 95%)	Total (%) (IC del 95%)
15-45 años	0,2 (0,1-3,3)	1,0 (0,1-3,4)	0,6 (0,5-0,8)
46-64 años	0,5 (0,2-0,8)	4,2 (3,4-5,0)	2,4 (1,9-2,8)
> 64 años	1,3 (0,7-1,9)	3,7 (2,9-4,6)	2,7 (2,1-3,3)
Total	0,4 (0,3-0,6)	2,3 (2,0-2,6)	1,4 (1,2-1,6)

IC: intervalo de confianza.

95%, 2,0-2,6%) de las mujeres y el 0,4% (IC del 95%, 0,3-0,6%) de los varones. El grupo con mayor prevalencia ha sido el de las mujeres de 45-64 años con un 4,2% (IC del 95%, 3,4-5,0%), seguido de las mujeres ≥ 65 años con el 3,7% (IC del 95%, 2,9-4,6%) (tabla 1). Se han detectado importantes variaciones en la prevalencia de tratamiento entre los pacientes asignados a cada cupo médico, que han oscilado entre el 0,7% (IC del 95, 0,3-1,1%) y el 2,2% (IC del 95%, 1,5-2,9%); estas variaciones afectan a todos los subgrupos de pacientes. Así, en el grupo de población más afectado, el de las mujeres entre 45-64 años, la prevalencia de tratamiento ha oscilado entre el 1,3% (IC del 95%, 0-3%) y el 7,3% (IC del 95%, 3,8-10,7%).

Discusión y conclusiones. La prevalencia de HT tratado en la población estudiada se puede considerar elevada y supera claramente el 1% de la población adulta. Los datos de prevalencia del presente estudio son superiores a los comunicados recientemente por Serna et al², que indican cifras de consumo de T4 del 0,4% en el grupo de mujeres de 15 a 64 años, y del 1,8% en el grupo de mujeres > 64 años, muy inferior al 1,9 y 2,7%, respectivamente, obtenidos en nuestro estudio. Aunque las cifras obtenidas son ciertamente elevadas, son similares a las referidas de manera reciente en Gran Bretaña, donde más del 1% de la población toma T4⁵, y definen con claridad el grupo de mayor riesgo, el de las mujeres en la perimenopausia y las ancianas. Estos datos de prevalencia tratada comienzan a acercarse a los comunicados de prevalencia real del HT^{2,4}. De todos modos, dado que no disponemos de datos de la prevalencia real en nuestra zona de salud, no podemos afirmar si la elevada prevalencia detectada refleja la prevalencia poblacional o simplemente una actitud agresiva de detección oportunista

de la enfermedad. Lo que sí es destacable, y debería ser motivo de reflexión, es la elevada variabilidad en las tasas de tratamiento del HT entre el colectivo de médicos estudiados, todos ellos de un mismo centro de salud.

De todos modos, cabe esperar que en los próximos años aumente el porcentaje de población tratada con T4, sobre todo porque cada vez son mayores el interés y la sospecha diagnóstica del HT, especialmente por su posible relación con la obesidad. Por otra parte, es previsible que el tratamiento aumente también como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones sobre las indicaciones de tratamiento del HT denominado subclínico⁶.

E. Sempere Verdú, M. Feliu Sagala, R. Hernández Ruiz y A. Ajenjo Navarro

Centro de Salud de Paterna. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Paterna. Valencia. España.

- Morant C, Criado-Álvarez JJ, García-Pina R, Pérez B. Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en España a partir del consumo de hormonas tiroideas (1996-1999). *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:337-44.
- Serna C, Galvan L, Gascó E, Manrique M, Foix MM, Martín E. Estimación de la prevalencia de hipotiroidismo en Lleida a partir de la prevalencia de la prescripción de hormonas tiroideas. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:405-10.
- Serna MC, Serra L, Gascó E, Muñoz J, Ribas L. Situación de la endemia de bocio y del consumo de yodo en la población del Pirineo y de la comarca del Segrià de Lleida. *Aten Primaria*. 1998;22:642-8.
- Gascó E, Serna MC, Vázquez A, Permiel M, Ibarz M, Serra L. Prevalencia de trastorno de la función tiroidea en la provincia de Lleida. *Aten Primaria*. 1999;24:475-9.

Palabras clave: Hipotiroidismo. Prevalencia. Tiroxina.

5. Saravan P, Chau WF, Roberts N, Vedhara K, Greenwood R, Dayan CM. Psychological well-being in patients on «adequate» doses of 1-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study. Clin Endocrin (Oxf). 2002;57:575-6.
6. Lucas AM. Hipotiroidismo subclínico: tratar o no tratar. Med Clin (Barc). 2004;122:182-3.

TABLA 1 Población infantil inmigrante y su estado vacunal

Región	Total pacientes (%) 73 (100%)	Edad, meses (media ± DE) 83,44 ± 46,68	Primera visita media (meses desde su llegada)	Calendario: pacientes, %		Sin carné vacunal: ¿Sabe si está vacunado? Pacientes (%)	
				Si: 36 No: 37	49,3% 50,6%	Si: 19 No: 18	51,4% 48,6%
Latinoamérica	55 75,30%	83,81 ± 48,07	4,5 ± 5,7	29 47,2%	26 47,2%	18 69,2%	8 30,7%
África	8 10,90%	116 ± 31,28	11,7 ± 10,55	1 12,50%	7 87,50%	0 0%	7 100%
Asia	6 8,20%	46,1 ± 27,35	2,8 ± 2,1	5 83,30%	1 16,70%	1 100%	0 (0%)
Europa del este	4 5,40%	69 ± 35,83	4,7 ± 2,06	1 25%	3 75%	0 0%	3 100%

Vacunación de los niños inmigrantes: ¿cómo acuden a nuestras consultas?

Aceptado como póster en el II Congreso de la Asociación Española de Vacunología.

Objetivo. Describir el estado vacunal de la población inmigrante infantil cuando acude por primera vez a la consulta.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centro de salud urbano de Madrid.

Participantes. Niños inmigrantes de edades comprendidas entre los 3 meses y los 14 años, que acudieron por primera vez a la consulta durante los meses de abril a septiembre de 2003.

Mediciones principales. Edad, país de procedencia, si aporta calendario vacunal o no (en el caso de no aportarlo, si conoce su estado vacunal previo) y fecha en que acude por primera vez a consulta. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info 2002.

Resultados. De un total de 73 casos, de predominio latinoamericano (75,3%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 63,9-84,7), aportan calendario vacunal 36 (49,3%; IC del 95%, 4,9-20,5), y de los otros 37 (50,6%; IC del 95%, 38,7-62,6) que no aportan calendario, 19 (51,4%; IC del 95%, 34,4-68,1) refieren una vacunación correcta en su país (tabla 1).

Discusión y conclusiones. España está experimentando un fuerte crecimiento de la población inmigrante, de procedencia muy diversa y en su mayoría de países en vías de

desarrollo, donde los programas de vacunación se basan en «calendarios de mínimos». En contraposición, en nuestro país disponemos de calendarios vacunales muy amplios y con altas coberturas vacunales. Los profesionales sanitarios somos los responsables de mantener el nivel de inmunidad y evitar bolsas de susceptibles a determinadas enfermedades que están erradicadas o en vías de erradicación en nuestro país.

Los programas de vacunación disponibles en la actualidad para los inmigrantes recomiendan solicitar y revisar el carné de vacunación del país de origen y, si es fiable, no repetir dosis vacunales ni realizar títulos de anticuerpos; si no se aporta el calendario o éste no es fiable, se aplicará un calendario vacunal acelerado para inmigrantes, aunque la familia refiera verbalmente una correcta vacunación en su país¹.

Sin embargo, los estudios serológicos realizados respecto de la fiabilidad del carné vacunal y el nivel de inmunidad adecuado son escasos y no del todo concluyentes. En 5 estudios recientes realizados en Estados Unidos se obtienen resultados discrepantes en cuanto a los resultados: 3 estudios hablan de falta de correlación entre las dosis registradas y el grado de inmunidad y otros 2 establecen una buena correlación en el grado de inmunidad y las dosis registradas²⁻⁶.

Desde el punto de vista de la sanidad pública, es importante encontrar soluciones basadas en la relación coste-efectividad de las recomendaciones actuales. La procedencia dispar de los inmigrantes de nuestro país, con un claro predominio latinoamericano, sugiere la necesidad de realizar estu-

dios que definan criterios comunes de vacunación para personas de la misma procedencia.

R. Gutiérrez Hernando, M.J. Álvarez Pasquín, M.A. Sesmero Lillo y S. Martín Martín

Equipo Atención Primaria Santa Hortensia. Área 2 Madrid. Madrid. España.

1. Álvarez Pasquín MJ, Sesmero Lillo MA, Gómez Marco JJ. Vacunas en inmigrantes. En: Guía de atención al inmigrante. SEMFYC. Madrid: Editorial ERGON; 2003.
2. Saiman L, Aronson J, Zhou J, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. Pediatrics. 2001;108:608-12.
3. Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia and Eastern Europe. Presented at Society for Pediatric Research; May 1-5, 1998; New Orleans, abstract 85.
4. Johnson DE. Post-arrival evaluation of international adoptees. Abstract presented at the 6th Conference of international Society of Travel Medicine; June 6-10, 1999; Montreal, Canada.
5. Staat ME, Daniels D. Immunization verification in internationally adopted children. Presented at Academic Pediatric Society for pediatric Research meeting; May 1-4, 2001; Baltimore. Abstract 2680.
6. Miller L, Confort K, Kelly N. Immunization status of internationally adopted children. Abstract presented at 7th Conference of International Society of Travel Medicine; May 27-31, 2001; Innsbruck, Austria.

Palabras clave: Inmigrante. Niños. Carné. Vacunas. Inmunización.

Depresión en atención primaria: ¿cuál es su gasto farmacéutico?

Objetivos. Describir el consumo extrahospitalario de antidepresivos en el área sanitaria 1 de Aragón (Huesca) durante el año 2002, conocer su repercusión económica en el gasto farmacéutico global de área y analizar si hay algún grupo poblacional por ubicación geográfica con mayor consumo.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria de un área de salud compuesta por 2 sectores sanitarios. En el año 2002 contaba con una población de 195.830 habitantes según la base de datos de tarjeta sanitaria.

Población. Todas las prescripciones de antidepresivos realizadas en el ámbito extrahospitalario del área a estudio.

Mediciones. Los datos de consumo farmacéutico utilizados se obtienen del programa de facturación de recetas. Mediante un programa informático elaborado por la inspección de farmacia del área se extraen los datos sobre consumo de antidepresivos dispensados en farmacias y facturados por la Seguridad Social. Como medida se utiliza la dosis diaria definida (DDD) o dosis media diaria de mantenimiento de un fármaco utilizado en su principal indicación y expresada en gramos de principio activo. Como indicador comparativo expresamos los datos como dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Para el tratamiento estadístico de las variables cuantitativas, y tras comprobar su normalidad, se ha utilizado el test de la t de Student para varianzas iguales o desiguales, según los resultados obtenidos del estadístico de Levene. Si hay más de 2 variables, esta comparación se ha realizado mediante el test de ANOVA, y en caso de que hubiera diferencias significativas, se ha realizado la comparación 2 a 2 utilizando la corrección de Bonferroni.

Resultados. El gasto farmacéutico total es de 45.565.987 €. El grupo terapéutico que supone más consumo y gasto son los inhibidores de la enzima de conversión de la an-

TABLA 1 Dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD) por grupo terapéutico. Año 2002

Grupo terapéutico	DHD	Coste en euros
ADT	3,58	68.775
ISRS	26,186	1.813.624
IMAO	0,12	714
IMAO tipo A	0,040	2.376
Otros	5,78	498.706

DHA: dosis diaria definida por 1.000 habitantes; ADT: antidepresivos tricíclicos; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.

giotensina (C02E), seguido por los antiulcerosos (A02B) y los hipolipemiantes (B04A). El consumo extrahospitalario de antidepresivos en el área supone un total de 221,51 DHD y 2.593.650 € durante el año 2002, lo que representa un 5% respecto del gasto farmacológico total y ocupa el cuarto lugar entre los fármacos de mayor consumo.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) representan el 74% del consumo de antidepresivos, y el más prescrito es la paroxetina. Los antidepresivos clásicos representan el 3% de las prescripciones. Gran parte del consumo se produce por venlafaxina, un antidepresivo de última generación. La distribución en DHD y el coste de los diferentes grupos terapéuticos queda reflejado en la tabla 1. Se observa que los pensionistas consumen un 30% más que los activos ($t = 5,48$; $p < 0,0005$). No hay diferencias en el gasto ni en el patrón de consumo entre los 2 sectores sanitarios, aunque se observan diferencias estadísticamente significativas en las DHD de las distintas áreas de salud ($p < 0,0001$).

Discusión y conclusiones. Los antidepresivos en general son muy utilizados en esta área de salud por la gran prevalencia de depresión, y suponen un 5% del gasto total. El grupo de los ISRS es el más utilizado, independientemente de su coste, por la menor cantidad de efectos secundarios, y dentro de ellos, paroxetina y fluoxetina son los fármacos de referencia. Los antidepresivos tricíclicos son los más experimentados, su eficacia es la más contrastada y fueron los primeros en comercializarse; sin embargo, se han infrautilizado debido a su toxicidad, sus efectos secundarios y el peligro en caso de sobredosis. En otros estu-

dios se ha apreciado como el consumo de antidepresivos tricíclicos ha ido disminuyendo con los años¹, mientras que en trabajos anteriores se observaba un aumento², quizá debido al afianzamiento de los ISRS con el tiempo.

La venlafaxina, perteneciente al grupo llamado «otros antidepresivos», de comercialización más reciente, supone una gran cantidad de gasto y consumo. Los inhibidores de la monoaminoxidasa son los menos prescritos debido a su dificultad de manejo. Los pensionistas son los mayores consumidores de antidepresivos. Una parte importante de las recetas de pensionistas pertenecen a pacientes cde 65 o más años y, por tanto, la proporción de consumo mediante estas recetas respecto del total se puede utilizar como indicador de la cuota que va destinada a esta población.

No hay diferencias en el gasto ni el patrón de consumo entre los 2 grandes sectores analizados dentro del área de salud, tal y como podríamos esperar, puesto que su población es similar y su nivel económico y cultural, también.

E. Trillo Sallán, E. Rubio Aranda, F. Castaño Lasaosa y E. Rubio Calvo

^aMedicina de Familia. Huesca. España.

^bMedicina Preventiva y Salud Pública (bioestadística). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

^cGestión y SS.GG. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel. España.

^dMedicina Preventiva y Salud Pública (bioestadística). Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

1. Díaz Madero A, López Ferreras, Ruiz-Clavijoo Díez MT, Vargas Aragón M. Evolución del consumo de antidepresivos en el área de Zamora desde 1996 a 1999. *Aten Primaria*. 2001;28:333-9.
2. Alonso M, Abajo F, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madruga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:161-6.
3. Guía farmacoterapéutica para atención primaria, Área 1 de Huesca. 2.ª. ed. Septiembre 1999.
4. Plan estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
5. Crown WH, Bueno B, Garzón MA, Montejo AL, Sacristán JA, Gilaberte I, et al. Costes del tratamiento con nuevos antidepresivos en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 1999;23:15-25.

Palabras clave: Antidepresivos. Costes. Atención primaria.

Estudio sobre la adhesión al tratamiento antibiótico en las enfermedades agudas en la población infantil de atención primaria

Introducción. La adhesión al tratamiento ha sido definida como el grado en que el comportamiento de una persona (ya sea en cuanto a tomar una medicación, seguir dietas o introducir cambios en el estilo de vida personal) coincide con los consejos médicos¹⁻³. En el caso de los antibióticos, la infracomplimentación terapéutica supone un riesgo potencial de salud pública, al incrementarse notablemente la resistencia de los microorganismos a los antibióticos²⁻⁴.

Objetivo. Evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento antibiótico infantil y determinar los posibles factores asociados a la cumplimentación del tratamiento antibiótico en niños de atención primaria.

Diseño. Estudio observacional transversal.

Emplazamiento. Área de salud urbana.

Participantes. Muestra aleatoria de 175 niños calculada con un riesgo alfa de 0,05 y una precisión $\pm 7\%$ que requirieron tratamiento antibiótico.

Mediciones e intervenciones. Para la medida del cumplimiento antibiótico se usó el

test de Morisky-Green⁵, donde se valora como cumplidores a los sujetos que respondieron «no» a las 4 preguntas del test: *a)* ¿en alguna ocasión ha olvidado darle alguna dosis?; *b)* ¿le ha sido imposible darle el antibiótico a las horas indicadas por su pediatra?; *c)* cuando su hijo se ha encontrado ya bien, ¿dejó de darle los antibióticos?; y *d)* ¿ha dejado de dárselos porque le han sentado mal? Se citó a los pacientes al finalizar el tratamiento.

Resultados. Eran varones 97 (55,4%). La edad media fue de $5,29 \pm 3,81$ años. Un total de 98 (56%) estaba en niveles de escolarización infantil o superior, 38 (21,7%) iban a guardería y 39 (22,3%) no estaban escolarizados. El motivo del tratamiento antibiótico fue en 117 casos por procesos de vías respiratorias altas, en 28 casos por procesos de vías respiratorias bajas, en 12 casos por infección urinaria y en 18 casos por otros motivos. El número de tomas diarias prescrito fue cada 8 h en el 76,6%. La mediana de duración del tratamiento fue de $8 \pm 1,75$ días. No cumplieron adecuadamente el tratamiento prescrito 60 enfermos (34,3%). El motivo del incumplimiento fue en 20 casos el olvido de alguna toma, en 15 casos no respetar el horario, en 23 casos el abandono por mejoría y en 2 casos el abandono por efectos secundarios. Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,043$) en los niños escolarizados que abandonaron la medicación por mejoría respecto a los no escolarizados. Por grupos de edad, los de 3 a 5 años no respetaron el horario establecido ($p < 0,025$) y los de 12 a 14 años presentaron

más abandonos del tratamiento con la mejoría clínica ($p < 0,001$).

Conclusiones. Uno de cada 4 no cumple con el tratamiento prescrito para su enfermedad aguda. Los niños no escolarizados, la menor duración del tratamiento y el menor número de dosis al día ayudan a mejorar el seguimiento del tratamiento, factores que deberán ser tenidos en cuenta por el médico que los atiende.

E. Ras Vidal^a e I. Noguera Vila^b

^aMédico de Familia. Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. ^bPediatra Coordinador del centro Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. España.

Palabras clave: Adhesión al tratamiento. Antibiótico. Población infantil.

1. Ramalle-Gómara E, Bermejo-Ascorbe R, Alonso Marín R, Marino Alejo I, Sáenz de Cabezón Bustinduy MI, Villaro C Amilburu. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados. *Aten Primaria* 1999;24:364-7.
2. ¿Está usted tomando la medicación? *Lancet* (ed. esp.). 1990;16:82-383.
3. Holmes SJ, Morrow AL, Pickering LK. Child-care practices: effects of social change on the epidemiology of infectious diseases and antibiotic resistance. *Epidemiol Rev* 1996;18:10-28.
4. Val A, Amorós G, Martínez P. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky-Green. *Aten Primaria* 1992;10:767-70.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validation of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986;24:67-74.