

torialmente. Y ambos principios son compatibles: se puede planificar una red de carreteras racionalmente (aplicando técnicas diversas), pero esto no significa que obliguemos a los conductores a lugares donde no quieren ir, ni por una única ruta.

No soy partidario de las gerencias únicas de área, aunque en el pasado me parecieran interesantes; la razón es doble: el tipo de trabajo y las dinámicas, que en ambos casos son divergentes.

Los hospitales son ciudades donde se alojan, transitan, trabajan y hacen vida cotidiana miles de personas; y precisan un gerente-alcalde que garantice que la ciudad no se para; y los hospitales en toda Europa se están asociando en redes subregionales, y coordinando servicios de alta especialización. Vamos hacia hospitales más abiertos, y para poblaciones más amplias (yo diría que hacia el millón de habitantes/o provincia cada conglomerado).

La atención primaria son servicios volcados a la comunidad, y que toman el domicilio del paciente o su residencia como punto de referencia; no tienen esa complejidad de «municipio sanitario»; pero deben trabajar intensamente con el territorio. Los británicos experimentaron con las autoridades sanitarias de distrito y los *Primary Care Groups* y *Trusts* para poblaciones de 100.000 habitantes (e incluso más), y vieron que la atención primaria podía tener un papel de bisagra hacia los servicios comunitarios y sociales, y hacia los hospitales (con la compra o *comisionamiento*).

Si unimos ambos procesos, encontramos que atención primaria y hospital precisan de modelos organizativos y estilos gerenciales diferentes. La atención primaria debe copilotar el área de salud, junto con las autoridades del servicio regional. Y ejercer la presión de compra sobre los conglomerados hospitalarios que vayan a prestar servicios a su población.

Libre elección sí, pero organicemos la demanda para que la atención primaria pueda estar en el puente de mando, o dirigiendo la orquesta asistencial en beneficio del paciente, y en particular, de los enfermos pluripatológicos, frágiles y terminales. Es la única forma de minimizar los daños del modelo fragmentario y atolondrado de la atención hospitalaria, e intentar incardinar la fascinación tecnológica de los especialistas en paquetes virtuosos que garanticen efectividad real y no perjudiquen a nadie.

Bibliografía

1. Gené Badia J, Gallo de Puelles P. A favor de la libre elección de hospital. *Aten Primaria*. 2011;43:513-5.

José R. Repullo

*Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III,
Madrid, España*
Correo electrónico: jrepullo@isciii.es

doi:10.1016/j.aprim.2011.11.010

Fumadores sin enfermedad respiratoria conocida. ¿Cuál es su situación espirométrica?

Smokers without known respiratory problems. What is your situation spirometric?

Sr. Director:

Es conocido que el hábito tabáquico produce importantes daños en nuestro aparato respiratorio, en especial la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón, así como la relación proporcional existente entre el tiempo de exposición, la severidad de la lesión pulmonar y la irreversibilidad de la misma en el momento del diagnóstico. La presencia de alteraciones respiratorias funcionales en fumadores sin enfermedad respiratoria conocida puede ser de la pieza clave para evitar en lo posible la progresión de los daños pulmonares en sus fases iniciales. El presente trabajo tiene como objetivo analizar mediante espirometría las alteraciones funcionales respiratorias producidas por el tabaquismo en fumadores sin enfermedad respiratoria conocida. Para ello se diseñó un estudio descriptivo transversal realizado entre marzo y octubre de 2011 en un centro de salud urbano de la Región de Murcia. Fueron incluidos 72 pacientes (41 mujeres, 31 varones), fumadores, sin enfermedad respiratoria conocida y con una edad media de $51,41 \pm 13,29$ años. Se excluyeron todos los que presentaban algún tipo de enfermedad respiratoria crónica

obstructiva o restrictiva. A todos se les realizó un cuestionario sobre sintomatología respiratoria y una espirometría por personal previamente entrenado. Como resultados se obtuvo un índice de masa corporal medio de $28,39 \pm 5,22$ kg/m², el tiempo medio que llevaban fumando fue de $26,83 \pm 11,7$ años y el número de medio de cigarrillos consumidos durante el último año fue de $15,82 \pm 9,55$ años. El hábito alcohólico estaba presente en 44 pacientes (61,11% del total). Se había realizado espirometría previamente en algún momento de su vida en 36 pacientes (50%). Los síntomas referidos por los encuestados fueron la tos crónica en 5 pacientes (6,94%), expectoración en 8 (11,1%) y disnea en 13 (18,06%). Presentaron un episodio de infección respiratoria en el último año 5 pacientes (6,94%), 2 episodios 8 pacientes (11,1%) y 3 o más de 3 episodios 4 pacientes (5,56%). Respecto a la espirometría realizada, fue normal en 35 pacientes (48,61%), con patrón obstructivo en 16 (22,22%), restrictivo en 7 (9,72%) y mixto en 4 (5,56%). A modo de discusión, cabe destacar que más de la mitad de los pacientes de la muestra analizada presentaban un patrón espirométrico alterado, siendo obstructivo en prácticamente la cuarta parte de los pacientes. También tener en cuenta que prácticamente la cuarta parte de los pacientes seleccionados habían presentado alguna infección respiratoria durante el último año. Además el 18,06% habían referido disnea, todos ellos leve, a pesar de haberse considerado previamente sanos. Por tanto, una parte importante de nuestros pacientes fumadores que consideramos sanos o asintomáticos no lo son realmente si les realizamos una anamnesis dirigida y una prueba de bajo coste como la espirometría.

La realización de estas pruebas nos ayuda enormemente en el manejo temprano y reforzamiento de los programas de cese del tabaquismo, teniendo en cuenta que la persistencia del hábito de fumar sí ha demostrado de forma contundente la progresión a enfermedad pulmonar crónica sintomática¹⁻⁵. Una posible limitación del estudio es la realización únicamente de espirometría simple, lo cual impide valorar la presencia de respuesta de los participantes al test broncodilatador y encontrar diferencias funcionales entre ellos, a pesar de que éste no era un objetivo del presente estudio.

Bibliografía

1. Amin A, Murshed KM. Mymensingh Med J. Detection of chronic obstructive pulmonary disease using spirometric screening. 2009;18(1 Suppl):S108-12.
2. Ruppel GL, Enright PL. Pulmonary function testing. Respir Care. 2012;57:165-75.

3. D'Urzo AD. Spirometry interpretation in primary care. Can Fam Physician. 2011;57:1122.
4. Walters JA, Walters EH, Nelson M, Robinson A, Scott J, Turner P, et al. Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care. Prim Care Respir J. 2011;20:396-402.
5. Housset B. Does the concept of lung age help the smokers to quit smoking? Rev Prat. 2011;61:600-1.

José Miguel Berrospi Melgarejo, Nuria Pascual Aguirre, María Luisa Lozano Sánchez, Carmen Alfonso Cano y Mariano Leal Hernández*

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.aprim.2012.03.010

Brote comunitario de leishmaniasis en la zona sur de la comunidad de Madrid

Community outbreak of leishmaniasis in the southern area of the community of Madrid

Sr. Director:

Los autores queremos comunicar la excepcional agregación de casos de leishmaniasis visceral y cutánea¹ que se ha dado en la zona sur de Madrid desde el verano de 2009 y que continúa actualmente, definida como brote comunitario.

La leishmaniasis es una enfermedad endémica en nuestro país, con 100-120 casos declarados por año en promedio,

excepto en los años 1990 en que se elevaron las tasas de la enfermedad, asociándose a la inmunodepresión por VIH². En la última década, en toda la comunidad de Madrid, no se habían superado los 25 casos ningún año.

Sin embargo, en este brote comunitario, desde el 1 de julio de 2009 hasta el 1 de mayo de 2012, se han acumulado 281 casos, 115 de leishmaniasis visceral (LV) y 166 de leishmaniasis cutánea (LC) (fig. 1), a los que hay que sumar al menos 7 casos más en mayo de 2012. El 84% de los pacientes viven en el municipio de Fuenlabrada, y el resto en los colindantes de Leganés y Getafe.

Las LV se manifestaron con la sintomatología clásica de fiebre, esplenomegalia y pancitopenia; y con una forma ganglionar aislada, apenas descrita hasta ahora para el parásito patógeno en nuestro medio, *L. infantum*, en 12 casos (21%

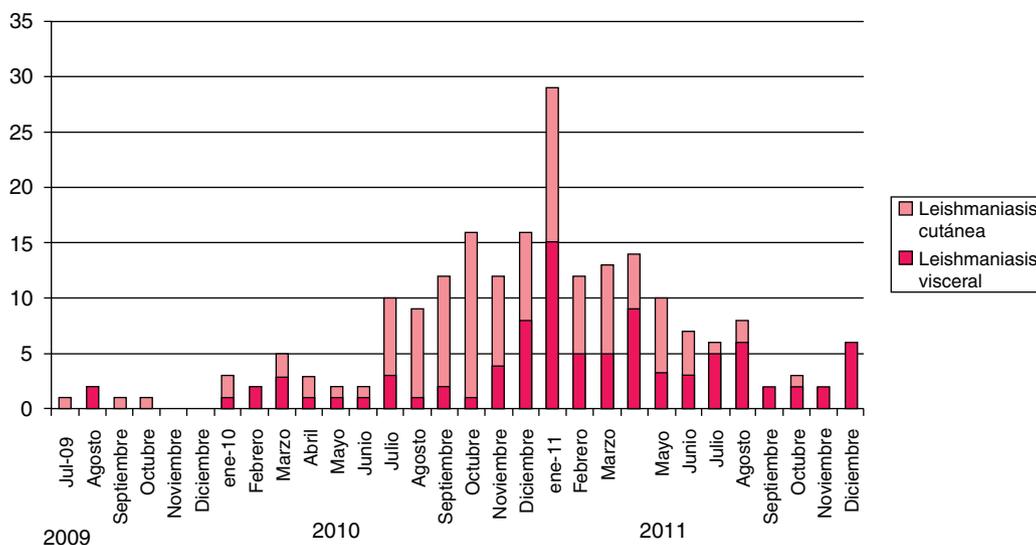


Figura 1 Brote comunitario de la zona sur de Madrid. Agrupación de casos por mes de inicio de los síntomas. Fuente: datos facilitados por la sección de Epidemiología del Área IX de la CAM a fecha 1 de marzo de 2012, sobre 209 casos.