Cartas al Director

Paludismo: el resurgir de una enfermedad importada

Sr. Director:

El paludismo es uno de los problemas de salud más importantes del mundo. Tiene una prevalencia de 300-500 millones de casos anuales de los cuales el 90% se registran en África, produciendo una mortalidad anual entre 1,5 y 2,7 millones.

Se trata de una enfermedad protozoaria producida por cuatro especies de *Plasmodium* que parasitan al hombre y es trasmitida a este por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles* previamente infectado. En nuestro país, los casos de paludismo eran excepcionales hasta hace unos años, pero las importantes migraciones de poblaciones ocurridas en los últimos años nos obligan a familiarizarnos con afecciones que aun siendo muy frecuentes en otros países, eran prácticamente inexistentes en nuestro medio. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia de paludismo en nuestro entorno, así como describir la clínica y los parámetros bioquímicos y diagnóstico de esta enfermedad para evitar que estos pacientes que demandan asistencia en nuestros servicios de urgencias queden sin diagnosticar.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal en el que revisamos todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico final al alta de paludismo. El periodo del estudio fue del 1 de enero de 1998 al 31 de agosto de 2004, encontrando 11 casos, correspondiente a 9 sujetos (dos de ellos ingresaron en dos ocasiones por la misma causa).

De los 11 casos incluidos en el estudio un 90,9% fueron varones, el resto (9,1%) fueron mujeres. La edad media fue de 31,27 años. La zona de origen más frecuente fue África Subsahariana (66%) seguido de América Latina (22%) y España (11%) con viaje reciente a zonas endémicas de África. El 90,1% de los casos habían sido diagnosticados de paludismo en sus países de origen. La estancia media es España hasta el diagnóstico de la enfermedad fue de 1,5 años. La distribución de ingresos por años fue: 1 en 1998, 2 en 1999, 3 en 2002, 2 en 2004 (22,2%). La estancia media fue de 5,77 días. El 72,72% de los casos habían solicitado asistencia en el servicio de urgencias.

La clínica más habitual de presentación fue fiebre y escalofríos (100%), el 88% presentaron además clínica digestiva: dolor abdominal, diarrea y vómitos. El 22% presentaron además cefalea. En cuanto a los parámetros bioquímicos el 100% de los casos tenían discretamente aumentadas las cifras de LDH, el 44% tenían elevada discretamente las cifras de GOT y el 88% de los casos tenían trombopenia.

El tipo de *plasmodium* encontrado fue: 55,5% *falciparum*, 22% *vivax* y el 22,2% restante no se identificó. Se realizó gota gruesa al 100% de los casos, siendo negativa en un 22,2% en los cuales se realizó el diagnóstico por PCR. El tratamiento utilizado fue cloroquina (18,18%) y quinidina más doxiciclina en el 81,81% de casos por sospecha de resistencia.

Según datos de la OMS, un 40% de la población mundial, está en riesgo de adquirir esta enfermedad; de 300 a 500 millones se infectan cada año y aproximadamente un millón muere por sus complicaciones. Por tanto su control debe considerarse una prioridad en salud pública, ya que constituye un problema emergente en zonas donde hasta hace unos años podríamos considerarla una enfermedad erradicada. Los movimientos migratorios de población desde lugares donde la enfermedad es endémica a lugares donde no lo es, conducen al mantenimiento de la trasmisión de esta enfermedad, así como a la difusión en extensión geográfica. Las Tasas de Incidencia anual en la Unión Europea varían desde un 0,05 a 8,7 casos por 100.000 habitantes/año, siendo la española de 0,75 casos por 100.000 habitantes.

1- Legros F, Danis M. Surveillance du paludisme dans les pays de l´Union Europeénne.Eurosurveillance 1998;3:45-7.

2- Cabezos J, Durán E, Treviño B, Bada JL. Paludismo importado por inmigrantes en Cataluña. Med Clin (Barc) 1995;104:45-8.

3- Miller KD, Grenberg AE, Campbell CC. Treatment of severe malaria in the United States with a continuous infusion of quinine gluconate and exchange transfusion. N Engl J Med 1989;321:65-70.

4- Legros F, Gay F, Belkaid M, Danis M. Le paludisme d´importation en France métropolitaine en 1996. Eurosurveillance 1998;3:37-8.

5- Rotaeche Montalvo V, de Mateo Ontañon S. Vigilancia epidemiológica del paludismo en España. Año 1995. Bol Epidemiol Sem 1996;4:337-40.

6- WHO. Malaria-economic implications. Wkly Epidemiol Rec 2000;29:318-9.

J. Martínez Pérez, D. Caldevilla Bernardo, L. Laguía Almansa

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

La investigación es una necesidad, no una opción

Sr. Director:

La polémica de la escasa presencia de médicos investigadores en el ámbito de urgencias se reaviva en situaciones tales como al definir los objetivos para el 2006, reflexiones sobre la OPE, su resolución y la revisión de los baremos para las contrataciones temporales. ¿Qué tendencia se puede anticipar para los próximos años? ¿Cómo podemos conseguir que las cosas sean como deseamos? ¿Cómo podemos contribuir todos a crear eso?

Gerentes, directivos y profesionales muestran una cierta preocupación por la situación. Cuestión de cultura. Hasta finales de los años 80 los programas de formación se centraban en memorizar conocimientos en materias como anatomía, fisiología, microbiología, etcétera. Así se entendía que el que sabía mucho podía superar los exámenes y llegar a ser un buen médico. A finales de los 80 y en los 90 ganó peso la formación especializada; además de poseer el conocimiento, había que ponerlo en práctica, lo cual no es sencillo.

Hasta aquí todo correcto. Sin embargo, hoy se aspira a algo más. Es, ni más ni menos que investigar, es decir, buscar respuestas a los interrogantes que plantea la actividad cotidiana.

El problema surge cuando médicos aleccionados para trabajar a destajo y tratar de dar el alta a pacientes en tres horas, quieren hacer trabajos de investigación rápidos, sin dificultades, escribir un artículo fantástico y hacerse investigadores en cinco minutos. El choque cultural es tremendo cuando aparecen estos médicos en laboratorios plagados de científicos, donde plantearse interrogantes es tan importante como la metodología para obtener las respuestas.

Son pocos los profesionales, en el ámbito de urgencias, con la Tesis Doctoral, trabajo de investigación por excelencia. Realizar y defender una Tesis Doctoral supone el aprendizaje de un planteamiento ordenado, crítico y científico, que se puede extrapolar a cada una de las actividades de la Medicina; por tanto, el conocimiento científico es mucho más amplio que una Tesis Doctoral. Es aquel que aporta explicaciones respaldadas por cifras, estudios y resultados, de los problemas cotidianos y de sus posibles soluciones. Es la forma de potenciar la efectividad, el cambio y la innovación. Es la forma de medir, y por tanto comprender y mejorar lo que se hace. Investigar es, ni más ni menos que aplicar el método científico a la actividad cotidiana, es la capacidad de razonamiento, de trabajo en equipo, de detectar áreas deficientes, de manejar la ambigüedad y la incertidumbre, de impactar con los resultados para que se produzca un cambio, una mejora, un progreso; de ofrecer una asistencia y una docencia acorde a los tiempos que corren. Es lo que se llama tomar conciencia de la importancia de la inversión en I + D + i.

Desde este punto de vista la investigación no es una opción personal sino una necesidad del sistema. Todo profesional sanitario debe ser investigador en el sentido más amplio de la palabra y debe compartir con los demás, mediante publicaciones, ediciones y difusiones en congresos, de todo aquello que enriquece; lo cual es un acto moral de generosidad.

Pero la realidad en el Sistema Público de Salud es otra. Tomando como referencia datos objetivos, tal como el peso que se confiere a un *Cum Laude*, se demuestra el escaso valor atribuido a la investigación ¿Merece la pena tanto esfuerzo? Es un hecho que demuestra la incultura investigadora de personas influyentes que forman parte de las comisiones evaluadoras. Y peor aún, es un mal ejemplo para los profesionales que aspiran a formar parte de la plantilla del personal activo del Servicio de Salud ¿cómo se les va a transmitir el entusiasmo por la investigación, si las comisiones que deciden los requisitos para cubrir plazas vacantes, dan tan poca importancia a este aspecto? ¡Que investiguen otros!

Los esfuerzos por mejorar la situación son en vano si no se logra el reconocimiento de su importancia. Una de las causas es la deficiente cultura de investigación que tienen directivos con alto poder de decisión. Habría que empezar el cambio de mentalidad por ellos, como líderes que son. Son ellos los que gestionan personas y recursos; y a ellos compete la obligación de entusiasmar a las personas y despertar el potencial investigador que reside en cada individuo. Hay que predicar con el ejemplo, desde arriba ¡Sin su compromiso no hay nada que hacer!

La renovación del ámbito de trabajo requiere profesionales con mentalidad científica, esperanza y optimismo, sea cual sea el cargo desempeñado en la empresa. Optar por lo contrario es brujería. No es ético. Entra dentro de la mediocridad, con una repercusión directa en el paciente que, a la postre es nuestra razón de existir. Es dar como médicos lo que perseguimos como pacientes.

1- García Vega FJ. Reflexiones sobre la OPE de urgencias hospitalarias en Galicia. Emergencias 2004;16:93-4.

2- Stephen D. La estrategia de la ardilla. Ed Urano, 2005.

3- Burillo G, García-Castrillo L, Miró O, Montero J, Núñez S, Tomás S, Fortún MT. ¿Que investiguen ellos? Emergencias 2006;17:107-11.

4- El campo de la investigación, asignatura pendiente de urgencias. Diario Médico. 13 de junio de 2003.

5- Médicos y científicos deben colaborar en las labores de investigación. Diario Médico. 17 de febrero de 2006.

6- Ministerio de Educación y Ciencia. Bases de datos de Tesis Doctorales (TESEO). Disponible en URL: http//www.mcu.es/TESEO/teseo.html.

7- Adnet F, Lapostolle F. Medical rescue: need for a scientific updating. Ann Fr Anesth Reanim 2005;24:591-2.

8- Galinski M, Ruscev M, Pommerie F, Hubert G, Srij M, Lapostolle F, Adnet F. National survey of emergency management of acute pain in prehospital setting Ann Fr Anesth Reanim 2004;23:1149-54.

9- Ministerio de Sanidad y Cosumo. Resolución de 29 de junio de 2004, del Instituto de Salud Carlos III, por la que se convocan ayudas del programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, para la realización de estudios de investigaciones sobre evaluación de tecnologías sanitarias en el marco del Plan

Nacional de I+D+I 2004-2007, durante el año 2004-BOE número 219. de 10 de septiembre de 2004.

10- La SEE y el Carlos III, preocupados por el enfoque del VII Programa Marco. Diario Médico. 23 de febrero de 2006.

11- Ministerio de Sanidad y Cosumo. Orden de 4 de diciembre de 2001 por la que se convoca proceso extraordinario de consolidación de empleo para la selección y provisión de plazas de Médicos de Urgencias en Atención Primaria dependientes del INSALUD. BOE número 295, de 10 diciembre 2001.

12- ¡Jefes!, sin compromiso no hay nada que hacer. Expansión&EMPLEO. 25 y 26 de febrero 2006.

M. C. Gutiérrez Díez*, C. Redondo Figuero**

**061. Servicio Cántabro de Salud. **Centro Salud Vargas. Santander, Cantabria. Universidad de Cantabria.*