

Bicicleta y salud: el casco no es el problema, sino parte de la solución

Bicycle and health: Helmets are not the problem, but a part of the solution

Sra. directora:

La promoción del uso de la bicicleta y de la seguridad de los ciclistas forma parte de las prioridades de la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* de la Organización Mundial de la Salud¹. Montar en bicicleta habitualmente contribuye tanto a aumentar el nivel de actividad física como a reducir el uso de vehículos a motor y sus efectos perjudiciales en la contaminación atmosférica y las lesiones por colisiones de tráfico.

En Cataluña se observa un incremento del número anual de hospitalizaciones por lesiones derivadas del uso de la bicicleta, que constituye una excepción a la reducción generalizada de las hospitalizaciones por lesiones de tráfico y transporte, y que seguramente refleja un aumento del uso de este medio de locomoción. En 2010, las lesiones de ciclistas causaron al menos 585 hospitalizaciones no programadas en Cataluña, el 22,7% de ellas en menores de 15 años. El diagnóstico principal fue traumatismo craneoencefálico en el 24,8% de los ingresos, y otros tipos de lesiones en la cabeza, la cara o el cuello en el 9,9%, porcentajes mucho más altos que los observados en las hospitalizaciones de motociclistas, con un 11,3% de traumatismos craneoencefálicos y un 3,2% de otras lesiones de la cabeza, la cara o el cuello².

Los autores de una reciente carta a la directora de GACETA SANITARIA se oponen a la obligatoriedad del uso de casco para ciclistas en zonas urbanas en España, y en su lugar proponen la implementación de otras medidas: pacificación del tráfico, reducción del uso del coche, mejora de las infraestructuras para ciclistas, promoción de la bicicleta y estímulo a la intermodalidad³. Pese a afirmar que la efectividad del casco en la prevención de traumatismos craneoencefálicos y de lesiones faciales en los ciclistas está bien documentada, sostienen (como vienen haciendo algunas organizaciones de ciclistas) que la obligatoriedad del casco desincentivaría el uso de la bicicleta y tendría un impacto negativo sobre la salud de la población.

La evidencia científica disponible no justifica, a nuestro juicio, afirmar con rotundidad que la obligación legal del uso de casco deba tener un impacto negativo en términos de salud pública, ya que junto a los estudios que muestran una reducción en el uso de la bicicleta tras la implementación de este tipo de normas se han publicado otros que no aprecian cambios significativos⁴. En nuestro medio, una parte importante de las lesiones de ciclistas se registran en menores y en un contexto de uso recreativo o deportivo², por

lo que la utilización del casco limitada al uso de la bicicleta como medio de transporte tendría un alcance limitado. En cualquier caso, la efectividad del casco como elemento de seguridad, y la evidencia de la efectividad de diversas intervenciones destinadas a promover su utilización⁵, permiten concluir que el casco no es un problema, sino un elemento valioso y necesario para maximizar el impacto beneficioso de las políticas integrales de promoción de la bicicleta.

Contribuciones de autoría

J.M. Suelves concibió la idea, planeó la carta y preparó un primer borrador del manuscrito. Los dos autores realizaron la búsqueda bibliográfica, editaron el borrador y aprobaron la versión final del texto.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004. (Consultado el 2/1/2013.) Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
2. Suelves JM, Salas T, Cabezas C. Hospitalització urgent per lesions no intencionades a Catalunya l'any 2010. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2011;32:143-53 (Consultado el 2/1/2013.) Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Butlletins_de_salut/PROMOCIO_L_PROTECCIO_DE_LA_SALUT/BEC_Butleti_epidemiologic.de_Catalunya/2011/Arxiu/bec_novembre2011.pdf
3. Rojas-Rueda D, Cole-Hunter T, Nieuwenhuijsen M. Ley para el uso obligatorio de casco por ciclistas en zonas urbanas. ¿Es bueno para la salud pública? Gac Sanit. 2012. (Consultado el 2/1/2013.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.005>
4. Dennis J, Potter B, Ramsay T, et al. The effects of provincial bicycle helmet legislation on helmet use and bicycle ridership in Canada. Inj Prev. 2010;16:219-24.
5. Owen R, Kendrick D, Mulvaney C, et al. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. Cochrane Database Syst Rev. 2011;11:CD003985.

Josep M. Suelves* y Carmen Cabezas

Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepmaria.suelves@gencat.cat (J.M. Suelves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.004>

Incidencia de lúes en un hospital de Zaragoza en un periodo de 13 años

The incidence of lues in a Zaragoza hospital over a period of 13 years

Sra. directora:

La sífilis es una enfermedad sistémica compleja causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Dadas sus características clínicas y mecanismo de transmisión, es un problema de salud pública por su morbilidad, complicaciones y secuelas. En el Hospital Universitario Miguel Servet, de Zaragoza, se ha realizado un estudio

retrospectivo, en el periodo comprendido entre enero de 1998 y diciembre de 2011, de los casos diagnosticados de sífilis en el Servicio de Microbiología.

Se han analizado los resultados de todas las muestras recibidas con petición de serología de lúes. Se han valorado los datos obtenidos ajustados por variables de sexo y edad; y también se ha estudiado la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En los años estudiados se realizaron 168.754 pruebas. La serología luética resultó positiva en 6077 casos, de los cuales 1834 (30,2%) fueron diagnosticados como nuevos casos de lúes, frente a los pacientes con serologías previas positivas en nuestros datos

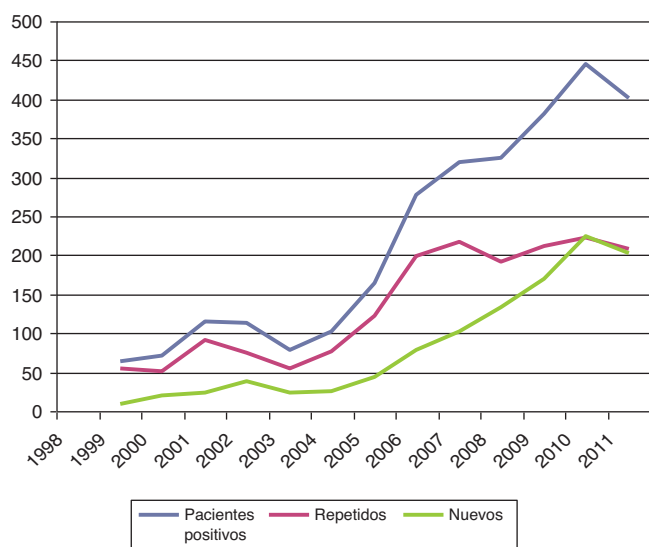


Figura 1. Evolución de los nuevos casos diagnosticados de sífilis en el Hospital Universitario Miguel Servet.

previos que se consideraron como casos repetidos. Se han analizado los casos nuevos anuales y se ha observado un aumento progresivo desde el año 1998, sobre todo a partir del año 2004 (fig. 1) De estos 1834 pacientes positivos, 1043 (56,8%) eran hombres y 791 (43,1%) mujeres.

La mayoría de los resultados positivos se observaron entre los 20 y los 39 años de edad, con el 44,7% de los casos diagnosticados, y en segundo lugar en la franja de edad de 40 a 60 años, con un 36,7% de los casos. En los menores de 20 años suponía un 0,9% del total, y para los mayores de 60 años un 17,7%.

Los pacientes positivos para serología luética estaban coinfectados en un 26,3% por HIV, un 13,8% por VHB o VHC (o ambos) y un 2,7% tenía otras ITS, como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis* y herpes simple de tipo 2. Es importante tener en cuenta que al 89,5% de los pacientes a quienes se realizó la serología no se les solicitó otro estudio bacteriológico para otros patógenos tras un resultado positivo.

En los pacientes con resultado positivo se encontró que el 3,3% presentó reinfección y el 0,5% progresó a afectación neuro-

lógica (neurolúes), incidencia que se mantuvo constante durante el periodo estudiado.

El número de casos nuevos diagnosticados de sífilis en nuestro medio ha aumentado en los últimos años¹. Los datos de la red de vigilancia epidemiológica destacan el principal incremento en la incidencia de sífilis especialmente a partir del año 2004², como también hemos observado en nuestro estudio.

La coinfección por el VIH aparece muy frecuentemente asociada³ y se confirma analizando nuestros datos, con una prevalencia del 26,3% en los pacientes afectados por sífilis. Se observa una mayor frecuencia en el sexo masculino, lo cual es probable que se deba a una alta prevalencia de este diagnóstico en los hombres homosexuales y bisexuales, como se ha descrito en otros artículos⁴.

La sífilis continúa siendo un problema importante de salud pública⁵, por lo que es necesario aportar información activa sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual desde el ámbito sanitario.

Bibliografía

1. Vilar J, Dehesa L, Gómez-Duaso AJ, et al. Epidemiological study of an epidemic outbreak of syphilis in Palmas de Gran Canaria. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:466-9.
2. Díaz A, Díez M, Cano R. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. *Bol Epidemiol Semanal*. 2012. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/708/754>
3. Valencia E, Moreno V, Ramírez-Olivencia G, et al. ¿Yo con sífilis y tú con sida? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:156-61.
4. Hurtado I, Alastrue I, Pavlou M, et al. Increased syphilis trend among patients in an AIDS information and prevention center. *Gac Sanit*. 2011;25:368-71.
5. Caro-Murillo AM, Gutiérrez F, Ramos JM, et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en inmigrantes en España: características epidemiológicas y presentación clínica en la cohorte CoRIS, 2004-2006. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27:380-8.

Natalia Báez López, M. Pilar Palacián Ruiz*,
Alejandra Vásquez Martínez y Lourdes Roc Alfaro

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet,
Zaragoza, España

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: ppalacian@salud.aragon.es (M.P. Palacián Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.003>

Perfil de la paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo

Profile of the patient who requests a voluntary interruption of pregnancy

Sra. directora:

Hemos leído con interés el estudio *Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera*, de Ruiz-Ramos et al.¹, publicado en GACETA SANITARIA. A pesar del gran interés clínico del trabajo y de la exhaustividad de los datos aportados, que definen un perfil de las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo, nos gustaría ampliar sus resultados con los obtenidos en una encuesta realizada en nuestro centro de orientación familiar, cuya finalidad era establecer un

perfil general de este tipo de mujeres y su evolución en el tiempo o los cambios según las modificaciones de la legislación.

Distribuimos la encuesta, de carácter voluntario, durante un periodo de 4 meses, y obtuvimos respuesta de 107 mujeres, lo cual corresponde a aproximadamente un 30% del total de las que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo durante el pasado año 2012 en nuestro centro de orientación familiar (n=347)². Somos plenamente conscientes de que nuestro tamaño muestral es muy inferior al del trabajo antes referido. No obstante, nuestros resultados pueden aportar matices más específicos de las mujeres y añadir datos complementarios, como el motivo de la falta de utilización de métodos anticonceptivos y la causa para la solicitud de una interrupción voluntaria del embarazo.

Nuestro perfil de mujer coincide con el del estudio citado: joven (25 a 29 años de edad), soltera, extranjera, con un hijo y con nivel de estudios secundarios. Sin embargo, como diferencia, en nuestro estudio la población extranjera que más demandó