

Se implantó un total de 100 MP en 26 meses. Había 63 (63%) varones, y la media de edad fue 74,3 (rango, 43-91) años; el 77% de ellos tenían entre 70 y 89 años. La causa principal fue la fibrosis del sistema de estimulación y conducción (45; 45%). El bloqueo auriculoventricular fue la alteración electrocardiográfica más frecuente (53; 53%). Las razones principales de implante fueron síncope en 48 (48%) pacientes y mareos en 28 (28%). En cuanto a los modos de estimulación, 34 (34%) fueron monocamerales VVI y 66 (66%), bicamerales DDD. El 90% de las unidades disponían de un sensor de actividad "R". Los parámetros de estimulación y detección durante el implante fueron: umbral de estimulación auricular y ventricular de 0,5 V a 0,4 ms; onda P > 2,5 mV y onda R > 12,5 mV. No hubo ninguna complicación infecciosa, aunque sí 2 (2%) dislocaciones de electrodos y 2 (2%) neumotórax. La estancia media en UCI fue 1,2 días y la hospitalaria total, 8,4 días (1,8 días para los MP programados y 11,5 días para pacientes que ingresaron por urgencias con morbilidad asociada).

Los hospitales comarcales son una clara apuesta para acercar a la población programas asistenciales múltiples y variados. La sobrecarga que reciben los hospitales regionales es enorme, conforme además las indicaciones aumentan, tanto por edad cada vez mayor como por generadores con nuevas prestaciones. Por lo tanto creemos que los hospitales comarcales deben ofrecer a sus ciudadanos programas de implantación de MP. En cuanto a los resultados, observamos que son similares a los de otras series nacionales e internacionales (tabla 1). La diferencia primordial entre los distintos estudios se da en los modos de estimulación. En nuestro caso usamos el VVI (34%) y el DDD (66%), similar al registro danés⁴ (VVI, 26% y DDD, 61,8%), pero distinto del registro MAMI⁵ (VVI, 50% y DDD, 25,07%) y el BNDM⁶ (VVI, 38,3% y DDD, 40,04%). Nuestras complicaciones fueron mínimas, todas ellas ocurridas durante el primer semestre, y destaca que no hubo complicaciones infecciosas ni mortales.

En este estudio mostramos que siendo estrictos con las exigencias de acreditación de una entidad regional reconocida y con un buen programa de trabajo, tanto en sus indicaciones como selección de material, formación y ubicación, se obtiene buenos resultados. Por otro lado hay muchas dudas sobre si este tipo de programas debe adjudicarse a un hospital comarcal. A nuestro entender este trabajo muestra que esto es posible sin alterar la dinámica interna y, en nuestro caso, con los mismos recursos.

Bibliografía

1. Furman S. A brief history of cardiac stimulation and electrophysiology – the past fifty years and the next century. From Keynote address at NASPE '95. Heartweb, 1996;1 [citado 21 Jul 2001]. Disponible en: <http://www.heartweb.org/heartweb/hist2.htm>.
2. ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmia Devices: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines. J Am Coll Cardiol. 2002;40:1703-19.

3. Oter Rodríguez R, De Juan Montiel J, Roldán Pascual T, Bardají Ruiz A, Molinero de Miguel E. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en marcapasos. Rev Esp Cardiol. 2000;53:947-66.
4. Moller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker and ICD register. Pacing Clin Electrophysiol. 2000;23:S1-94.
5. Zubia Olaskoaga F, García Urra F. Informe del registro MAMI (base de datos de marcapasos definitivos en Medicina Intensiva) 1996-2003. Med Intensiva. 2005;29:265-71.
6. Coma Samartin R. Registro Español de Marcapasos. II Informe oficial de la sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (1994-2003). Rev Esp Cardiol. 2004;57:1205-12.

Análisis de la producción científica en un hospital general de especialidades

José Gutiérrez Fernández^a, Antonio Sorlózano Puerto^a, María José Soto Pinoa y Juan de Dios Luna^b

^aDepartamento de Microbiología. Universidad de Granada. Granada. España.

^bDepartamento de Bioestadística. Universidad de Granada. Granada. España.

Sr. Director:

El personal del Sistema Sanitario Público (SSP) tiene una serie de funciones básicas, asistencial-gestora, docente e investigadora, para alcanzar unos objetivos en un entorno evaluado y controlado¹. En España cada vez se tiende más a publicar en revistas de prestigio internacional, tal y como se refleja en algunos estudios bibliométricos²; sin embargo, son pocos los que se refieren específicamente a la producción del SSP andaluz. Recientemente se están desarrollando sistemas de acreditación de las profesiones sanitarias³. La Ley del Estatuto Marco destaca la importancia del currículum en la formación continuada acreditada. Para la valoración del currículum uno de los aspectos que se valora es la capacidad investigadora e incluso se habla de la relación entre el índice de publicaciones y la reputación general de un centro hospitalario⁴. En este trabajo se analiza la actividad investigadora, durante el año 2005, en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada y se elaboran recomendaciones para su mejora.

Este hospital es calificado por el SAS "de especialidades"⁵. Incluye 406 facultativos y 700 enfermeros. Para el estudio se localizaron los artículos generados en la base de datos MEDLINE en una búsqueda abierta, en octubre de 2006, con la palabra clave "Granada". Así se obtuvieron 489 publicaciones. Posteriormente, se seleccionaron, tras su revisión manual, los estudios publicados en los que, en los datos de filiación de los autores, se señalaba a este centro. También se seleccionaron los artículos que, sin indicar este hospital, se tenía constancia de que sus autores trabajan en él. Esto

condujo a la selección de 37 trabajos. Se utilizó la base de datos SICA para la localización de los proyectos activos.

Recientemente está disponible un análisis de la producción científica de los hospitales para el período 1996-2004 (www.isciii.es/mapabiomedico) y, en este hospital, se produjo, de media, 33,4 artículos por año, y nosotros hemos obtenido un valor de 37. Además, fue el hospital de especialidades andaluz con un mayor número de publicaciones. Todos los autores eran licenciados en medicina, con una relación entre facultativo y producción del 9,1%. Valor que, en principio, se puede considerar reducido teniendo en cuenta el número de recursos humanos. La mayor parte fueron publicaciones en inglés (75,6%). El número de autores fue amplio (rango, 2-12; media, 6,3; moda, 6, y mediana, 6). En la mayor parte de los casos participaron 2 servicios del hospital o entidades diferentes (75,6%). La Facultad de Medicina fue, con diferencia, la que más colaboró. Esto parece lógico ya que muchos facultativos son profesores de ésta. Está presente de forma simbólica la colaboración con la empresa privada y ausente la colaboración con otros centros nacionales e internacionales. En 14 estudios no se indicó la participación del hospital en la filiación del trabajo, y en muchos casos (70,2%) faltó indicar, correctamente, la filiación de algunos de los firmantes. Estas ausencias reducen la visibilidad del hospital por los investigadores que se acercan a esta base. Esto se podría deber a que sólo recogen la filiación del autor de la correspondencia con la editorial o la del primer firmante. Cuando se consulta el manuscrito, los autores, en el 24,4% de los casos, no indican su filiación completa. Esto suele coincidir con profesores de universidad que tienen plaza vinculada. Con este hecho destaca la unidad de bioquímica que, paradójicamente, se incluye entre las más productivas de forma cuantitativa y cualitativa. La mayor parte de las publicaciones (72,9%) muestran impacto en la base de datos del JCR: rango de 5,778-0,287; valor medio de 2,025, y mediana de 2,571.

La mayor parte de los proyectos han procedido del Instituto de Salud Carlos III (28-50%) y la Consejería de Salud (28-50%). En 6 (10,7%) casos son dirigidos por personal de enfermería, lo que es destacable. El hospital ha participado en 5 redes temáticas del Instituto de Salud Carlos III.

La productividad bruta del Hospital San Cecilio, relacionada con el tamaño de su sistema interno de investigación, está bien posicionada, ya que su personal comparte muchos recursos con los de la universidad. Los responsables sanitarios deben realizar evaluaciones periódicas de la situación de la investigación en su medio para concretar actuaciones de mejora que pasan por una mayor transparencia y transmisibilidad.

Bibliografía

1. Gutiérrez J, Sorlózano A, Soto MJ. La gestión clínica del facultativo especialista de área de microbiología y parasitología. *Diagnóstico in-vitro* 2005;3:61-73 [citado 1 Oct 2006]. Disponible en: <http://www.ifcc.org/ria/div/vol3/61/Gutierrez.pdf>
2. Camí J, Suñén-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:93-101.
3. Pardell H, Gual A, Segura H. Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias en España. *Perspectivas futuras*. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:380-3.
4. Asenjo MA, Bertran MJ, Guinovart C, Llach M, Prat A, Trilla A. Análisis de la reputación de los hospitales españoles: relación con su producción científica en cuatro especialidades. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:768-70.
5. López P, Martín J, Carretero L, Pérez, C. Estudio del componente estructural del gasto de los hospitales públicos andaluces a través de la metodología de los grados de pertenencia. *Gac Sanit*. 2000;14:5-31.