

Medicina de Familia Andalucía

Volu men 15, número 2, diciembre 2014

Editorial

179 Congresos SAMFyC: un nuevo reto

El espacio del usuario

181 Protección de datos personales por los sistemas sanitarios públicos

Originales

183 Utilidad de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal en las consultas de atención primaria

189 Utilización de las consultas de atención primaria por parte de inmigrantes y su relación con el duelo migratorio

198 Adicciones y salud mental en un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería

Artículos de revisión

208 Prescripción de fármacos en personas ancianas. Análisis de la situación desde atención primaria

216 Evidenciando la rentabilidad del enfoque multidisciplinar en el proceso de diabetes y en su defecto en el HALLUX RIGIDUS

Sin bibliografía

223 Síndrome febril prolongado y cojera como forma de presentación de seno dérmico, en urgencias pediátricas de Atención Primaria

Artículos especiales

224 Servicio de medicina física y rehabilitación: médicos rehabilitadores

230 Estudio en la unidad de protección de la salud: sanidad ambiental. Área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Cartas al director

242 El paradigma de las patologías banales y las urgencias

244 A propósito de un caso de uña encarnada en Atención Primaria: técnica de alcohol-fenol

247 Técnica de Frost para onicocriptosis con uña curvada y recidivas en Atención Primaria

249 Enfoque integral en el tratamiento de la gangrena en Atención Primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

253 Alteraciones menstruales y disminución de la libido en una mujer con cefalea

256 Mareo en mujer de 80 años

Respuesta al caso clínico

257 Dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda

258 Dermatitis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador

268 Palpaciones, mareo y alteraciones en el ECG

Publicaciones de interés

270 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

271 Actividades Científicas

272 Información para los autores





Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

10^{as}

Jornadas Andaluzas

para Tutores
de MFyC.
SAMFyC.

5-6 de Febrero de 2015
Hotel RL Ciudad de Úbeda
Úbeda - Jaén

www.jornadastutoresamfyc2015.com
e-mail: info@jornadastutoresamfyc2015.com

acm andaluza de
congresos médicos
Apartado de Correos 536. 18063. Granada Tfn/Fax: 904 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com | [facebook.com/congresosmedicos.com](http://facebook.com/congresosmedicos)

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente

Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente

Alejandro Pérez Milena

Secretaria

Herminia M. Moreno Martos

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC

Amparo Ortega del Moral

Vocal de Relaciones Externas

Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia

Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación

Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Jóvenes Médicos de Familia

F. Javier Castro Martínez

Vocal provincial de Almería:

M^a. Pilar Delgado Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

natera38@gmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Jesús E. Pardo Álvarez

jpardo.sevilla@gmail.com

Vocal provincial de Jaén:

Justa Zafra Alcántara

justazafra@hotmail.com

Vocal provincial de Málaga:

Rocío E. Moreno Moreno

roemomo@hotmail.com

Vocal provincial de Granada:

Francisco José Guerrero García

franguerrero72@yahoo.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorj104@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile*
Cesar Brandt. *Venezuela*
Javier Domínguez del Olmo. *México*
Irma Guajardo Fernández. *Chile*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal*
Rubén Roa. *Argentina*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*

Medicina de Familia. Andalucía

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de
la SAMFyC:
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Etc [...] Ediciones Turísticas y Culturales, S.L.

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.15, Nº.2, diciembre 2014

Sumario

Editorial

- 179 Congresos SAMFyC: un nuevo reto

El espacio del usuario

- 181 Protección de datos personales por los sistemas sanitarios públicos

Originales

- 183 Utilidad de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal en las consultas de atención primaria
189 Utilización de las consultas de atención primaria por parte de inmigrantes y su relación con el duelo migratorio
198 Adicciones y salud mental en un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería

Artículos de revisión

- 208 Prescripción de fármacos en personas ancianas. Análisis de la situación desde atención primaria
216 Evidenciando la rentabilidad del enfoque multidisciplinar en el proceso de diabetes y en su defecto en el HALLUX RIGIDUS

Sin bibliografía

- 223 Síndrome febril prolongado y cojera como forma de presentación de seno dérmico, en urgencias pediátricas de Atención Primaria

Artículos especiales

- 224 Servicio de medicina física y rehabilitación: médicos rehabilitadores
230 Estudio en la unidad de protección de la salud: sanidad ambiental. Área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Cartas al director

- 242 El paradigma de las patologías banales y las urgencias
244 A propósito de un caso de uña encarnada en Atención Primaria: técnica de alcohol-fenol
247 Técnica de Frost para onicocriptosis con uña curvada y recidivas en Atención Primaria
249 Enfoque integral en el tratamiento de la gangrena en Atención Primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 253 Alteraciones menstruales y disminución de la libido en una mujer con cefalea
256 Mareo en mujer de 80 años

Respuesta al caso clínico

- 257 Dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda
258 Dermatitis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador
268 Palpitaciones, mareo y alteraciones en el ECG

Publicaciones de interés

- 270 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

- 272 Información para los autores
-

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.15, Nº.2, december 2014

Contents

- Editorial**
- 179 SAMFyC Conferences: a further challenge
- The Consumer's Corner**
- 181 Personal data protection in public health systems
- Original articles**
- 183 Utility of cranial X-ray Computed Tomography (CT) in primary health practice
- 189 The association between migratory grief and immigrants' visits to general practitioners
- 198 Addictions and mental health issues amongst a group of women engaged in prostitution in Almeria
- Review articles**
- 208 Drug prescribing for the elderly. Situation analysis from primary health care
- 216 Evidencing cost-effectiveness of the multi-disciplinary approach to diabetes or, otherwise, to the treatment of HALLUX RIGIDUS
- No bibliography**
- 223 Persistent fever and limp as signs of dermal sinus in paediatric emergency departments at primary health care
- Special articles**
- 224 Physical medicine and rehabilitation service: rehabilitation consultants
- 230 The health protection unit study: environmental health. Campo de Gibraltar Health Management Area
- Letters to the Editor**
- 242 The banal pathology paradigm in casualties
- 244 The case of an ingrown toenail in primary health care: the phenol-alcohol technique
- 247 The Frost procedure for onychocryptosis with curved nail and recurrences in primary health care
- 249 A comprehensive approach to the treatment of gangrene in primary health care
- Which is your diagnosis?**
- 253 Menstrual disorders and decreased libido in a woman with headaches
- 256 Dizzy spells in an 80-year-old woman
- Answer to previous Clinical Cases**
- 257 Long term pain in fifth finger on left hand
- 258 Low response dermatosis under conservative treatment
- 268 Palpitation, faintness and other alterations in ECG's
- 269 **Publications of interest**
- 270 **Knowledge in microdoses @pontealdiaAP**
- 271 **Scientific activities**
- 272 **Information for authors**
-

EDITORIAL

Congresos SAMFyC: un nuevo reto

Porras Martín P¹, Moreno Martos HM^{a2}

¹Presidenta SAMFyC

²Secretaria SAMFyC

Siempre, al terminar el año, se hace balance de lo que se ha hecho durante éste. En el último trimestre del 2014 hemos celebrado el 23º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria en Almería. El Congreso anual de la sociedad es el evento más importante que celebramos a lo largo del año.

En los últimos tiempos hemos tenido diferentes problemas a la hora de financiar nuestras actividades, y se ha generado un debate de cuáles pueden ser las causas y las posibles soluciones. El Congreso de Almería ha sido un éxito en cuanto a participación y producción científica se refiere, pero ha tenido importantes y diferentes dificultades de financiación, que han hecho que nos planteemos muchos interrogantes, y que reflexionemos de una manera más insistente sobre este tema, sobre el que todavía no tenemos respuesta.

Porque un Congreso no es nada más y nada menos que un punto de encuentro entre profesionales, un punto en el que se pone en conocimiento público la producción científica de una sociedad, en el que se debaten las ideas nuevas, en el que se genera conocimiento desde la distancia de la asistencia.

Las actividades congresuales de cualquier sociedad médica han estado ligadas muy a menudo a su financiación por parte de la industria farmacéutica, que ha sufragado de manera importante los gastos que cada congreso genera.

En los últimos años, la industria farmacéutica ha dejado de aportar de manera "rápidamente progresiva" fondos a nuestros congresos.

Esto ha hecho que entremos a debatir las posibilidades de financiación y que esto constituya una preocupación. Pero la pregunta de dónde deben proceder los fondos para sufragar los gastos de un Congreso no tiene una respuesta fácil.

Las primeras preguntas serían ¿cuánto estamos dispuestos a pagar los profesionales por asistir a un congreso? ¿es la administración la que debería de hacerse cargo de los congresos, como formación continuada de sus profesionales? En el caso de que creyéramos que es lo justo, la administración no deja de ser autónoma y participaría en ella, o no, según sus intereses y sus posibilidades presupuestarias. Y en el caso de participar, habría que valorar el impacto en la autonomía de los participantes.

La colaboración de la industria farmacéutica es cada vez menor. Esta es una realidad que tal vez no estemos en condiciones de cambiar de manera importante. Esto, en cierto modo, nos da más independencia, pero ¿es eso lo que queremos?, ¿nos sentimos más cómodos y con menos presión? Y si no, ¿podemos intentar algo para conseguir más fondos de ella? Es paradójico que la industria farmacéutica abandone nuestros congresos pero llene los congresos de nuestros directivos.

Además, se plantean otros interrogantes, ¿queremos seguir teniendo este tipo de congresos?, ¿necesitamos de los congresos presenciales los profesionales?

Si hiciéramos una encuesta, seguro que la gran mayoría diría que sí, porque la función de formación que hacen los congresos va unida a la función de intercambio de ideas, de relaciones con otros compañeros que trabajando en lo mismo están lejos en distancia física, el reunirnos nos da pertenencia a un grupo....pues sí, queremos seguir viéndonos, compartiendo y formándonos en nuestra profesión.

¿Es una alternativa real la de aprovechar las nuevas tecnologías y proponer Congresos Virtuales? En ellos, podríamos actualizar conocimientos,

incluso presentar nuestros trabajos de investigación.... sería una buena opción ante la dificultad de desplazamiento, de tener "días" para asistir, ante la dificultad de financiación...

Estos interrogantes son difíciles de contestar, porque pueden tener muchas y variadas respuestas.

Se abre un nuevo camino, en el que necesariamente vamos a tener que valorar diferentes vías de financiación, y diferentes tipos de congresos. Pero desde SAMFyC seguiremos trabajando para intentar dar a los Médicos de Familia de Andalucía un lugar de encuentro anual, donde podamos participar, aprender y compartir.

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

**24º Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria**

**SAMFyC Málaga
2015**

24, 25 y 26 de septiembre de 2015
Palacio de Ferias y Congresos de Málaga

Desde otra perspectiva

www.samfycmalaga2015.com
info@samfycmalaga2015.com

ACM
Agencia de Contratación Pública

EL ESPACIO DEL USUARIO

Protección de datos personales por los sistemas sanitarios públicos

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andalucía

Es casi una perogrullada decir que los datos personales, la información relativa a la salud y la contenida en los historiales médicos pertenecen a los usuarios. Sin embargo, cada cierto tiempo hay que recordarlo y volverlo a sacar a la palestra ante posibles abusos en el manejo de dicha información sensible.

El derecho fundamental a la protección de datos personales deriva directamente de la Constitución y atribuye a los ciudadanos el derecho a ser informados sobre los datos que terceros recaban de ellos y el poder de disposición sobre sus datos, de modo que, en base a su consentimiento, los mismos puedan ser utilizables.

Los datos relativos a la salud están especialmente protegidos por la ley. Así se indica en el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal: "Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente".

Esta protección, además, no es arbitraria, sino que está en sintonía con la normativa de la Unión Europea. Así, está recogida en la Directiva 95/46/CE del Parlamento y del Consejo y en el Convenio 108 del Consejo de Europa para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, firmado en Estrasburgo el 28 de enero de 1981, que fue ratificado por España en 1984.

En la práctica, y de acuerdo a la ley, esto se traduce en que los usuarios tienen que consentir expresamente todo tratamiento o cesión a terceros que se haga de sus datos personales, incluidos los de salud, desde el sistema nacional o los sistemas autonómicos de salud hacia cualquier otro agente

que no forme parte del mismo. El artículo 6 de la citada ley establece: "El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa".

Sin embargo, recientemente se han sucedido las noticias sobre irregularidades en relación a la protección de los datos personales de pacientes y usuarios de sistemas sanitarios públicos de salud. El pasado mes de agosto se hizo público que un hospital público de la Comunidad de Madrid había cedido los datos de sus pacientes a dos clínicas privadas sin el conocimiento ni el consentimiento de los usuarios. La cesión, que fue denunciada por FACUA, se confirmó por el consejero de Sanidad de dicha Comunidad Autónoma y provocó la dimisión del gerente del hospital y el cese de otros dos cargos.

Ese mismo mes, irregularidades similares se dieron en otros cuatro centros sanitarios públicos situados en diferentes comunidades autónomas (Castilla La Mancha, Murcia y La Rioja). FACUA también denunció dichas prácticas ante la Agencia Española de Protección de Datos, hoy a la espera de resolución.

Los Gobiernos de las comunidades autónomas denunciadas se ampararon en la existencia de conciertos con las entidades sanitarias privadas para la prestación de la asistencia sanitaria de sus pacientes. Sin embargo, además de no estar confirmado este hecho, tampoco hay claridad ni transparencia en relación a los protocolos de derivación empleados y con qué garantías se cedieron datos personales y de salud de pacientes a estos centros privados, sin informar previamente ni solicitar su consentimiento.

Las excepciones que la norma regula al consentimiento expreso del usuario para que sus datos

puedan ser cedidos debe interpretarse “de forma restrictiva” y, en cualquier caso, debe existir información al respecto y claridad y transparencia en torno a las cláusulas que, sobre este particular, existan en los conciertos entre la sanidad pública y la privada.

Es exigible, por tanto, que los sistemas de salud de las comunidades autónomas que tienen conciertos con centros médicos privados informen de manera precisa y clara sobre sus protocolos para garantizar la seguridad y la protección de los datos de salud de los usuarios. Dichos protocolos deben, además, ser públicos. Pero dicha exigencia debe existir también para los centros privados concertados, dado que ofrecen servicios propios del sistema nacional de salud y tratan con información especialmente protegida por la ley.

El usuario debe estar siempre informado del uso y cesión que se hace de sus datos, y con los referidos a la salud aún deben ser mayores las garantías, al tratarse de datos especialmente sensibles y relevantes. Los datos personales relativos

a la salud están catalogados como “especialmente protegidos” por la Ley Orgánica de Protección de Datos y, por tanto, deben contar con un alto nivel de seguridad en su tratamiento. La cesión de los mismos debería ser informada al usuario y consentida por este aun cuando se trate de una prestación de asistencia sanitaria por centros privados concertados con los sistemas sanitarios públicos. Esa cesión debe estar prevista en los términos contractuales del concierto y cedente y cesionario deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias para asegurar la seguridad de los datos, evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, tal y como recoge la ley.

Es preciso avanzar en transparencia, también en este ámbito, y que exista información para la ciudadanía sobre cómo se gestionan los datos personales de los usuarios en los sistemas sanitarios públicos y qué protocolos de seguridad tienen establecidos para evitar uso de datos y cesiones irregulares y no consentidas como las denunciadas.

ORIGINAL

Utilidad de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal en las consultas de atención primaria

Zarco Manjavacas J^{1*}, Paz Galiana J^{2*}, Calleja Cartón LA^{2*}, Ruiz Álvarez C^{2*}, Martínez Alonso G^{1*}, Muñoz Cobos F^{2*}

¹Médico residente de medicina familiar

²Médico de familia

^{*}Centro de Salud El Palo. Málaga

RESUMEN

Título: utilidad de la Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal en las consultas de atención primaria.

Objetivo: determinar la detección de patología y tipo de alteraciones presentes en la prueba Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal solicitada en consultas de medicina de familia y pediatría de atención primaria.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes a los que se solicitó una TAC craneal desde atención primaria entre septiembre de 2011 y agosto de 2012.

Intervenciones:

Variables: edad, sexo, motivo de petición, resultado, indicación de RMN (resonancia magnética nuclear).

Resultados: se realizaron 225 solicitudes, existiendo datos en la historia clínica del resultado en 192 pa-

cientes. El 64.6% (124 pacientes) son mujeres. La edad media es 51.43 + 1.48 años, (rango 4 -94 años). El motivo de petición fue un 66.7% por cefalea, y en 16.1% por deterioro cognitivo. En el 60.9% el resultado fue normal (Intervalo de confianza al 95% IC=50.04-67.84); el 39.1% (IC=32.16-45.96) patológicos: 17.7% lesiones isquémicas, 15.6% atrofia córtico-subcortical (4,6% en menores de 65 años), 5.2% afectación de los senos, 2.1% (4 pacientes) tumores cerebrales y 0.5% Hidrocefalia. Se recomendó completar estudio mediante RMN en un 5.2% de los casos.

Conclusiones: encontramos un porcentaje elevado de patología (40%) cuando utilizamos la TAC de cráneo como medida diagnóstica en atención primaria. Esta es, en su mayor parte, patología isquémico-degenerativa.

Palabras clave: Tomografía Axial Computerizada, Cefalea, Deterioro Cognitivo, Tumores cerebrales.

SUMMARY

Title: Utility of cranial X-ray Computed Tomography (CT) in primary health practice.

Aim: To determine the detection of pathology and type of alterations present in cranial CT scans ordered by family doctors and paediatricians in primary care practice.

Design: Retrospective, descriptive study.

Setting: Urban health centre.

Correspondencia: Francisca Muñoz Cobos
CS El Palo
AV Salvador Allende, 159
29018 Málaga
E-mail: franciscam@ono.com

Recibido el 18-08-2014; aceptado para publicación el 13-11-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 183-188

Population and sample: patients referred for cranial CT scan from primary care practice between September 2011 and August 2012.

Interventions:

Variables: age, sex, reason for referral, results, indications for NMR scan (nuclear magnetic resonance).

Results: 225 CT scan requests were made but only outcome data available on medical records of 192 patients. 64.6% (124 patients) are women. Average age is 51.43 + 1.48, (age range 4-94). The reason for referral was 66.7% because of headache, and 16.1% because of cognitive impairment. The findings were normal in 60.9% of the cases (95% Confidence Interval, CI=50.04-67.84), and pathological in 39.1% (CI=32.16-45.96): being 17.7% ischaemic injuries, 15.6% cortical and subcortical atrophy (4.6% in patients under 65 years of age), 5.2% affection of sinuses, 2.1% (4 patients) brain tumours and 0.5% hydrocephalus. Recommendations for further studies with NMR scan were made in 5.2% of the cases.

Conclusions: A high rate of pathology (40%) was found when using cranial CT as a diagnostic tool in primary care. This was, mostly, degenerative and ischaemic pathology.

Key words: X-ray Computed Tomography, Headache, Cognitive Impairment, Brain Tumours.

INTRODUCCIÓN

La Tomografía Axial Computarizada, o TAC, es una técnica diagnóstica de amplio uso, la cual mediante el uso de la radiación X obtiene cortes o secciones de objetos anatómicos con fines diagnósticos al efectuar la fuente de rayos X y los detectores de radiación movimientos de rotación alrededor del cuerpo.

Desde su introducción en España en la década de los 70, el incremento en su demanda ha sido importante, y ello ha motivado la elaboración de criterios para su indicación en la práctica médica por parte de los organismos responsables de su provisión y financiación, con el fin de racionalizar la demanda y favorecer su uso apropiado (1) (2).

El acceso de los profesionales de la medicina de familia a la solicitud de TAC craneal en las cefaleas es todavía bajo (menor al 20%) (3), y menor aún en el caso de la RMN (3%). No obstante, las guías clínicas recomiendan la realización de TAC en determinados casos de cefaleas seguidas exclusivamente desde atención primaria (AP) (4) y en el estudio de deterioro cognitivo-demencia (5), en la búsqueda de las causas potencialmente reversibles que pueden afectar hasta un 15% de pacientes (6).

A la hora de valorar la adecuación de las indicaciones de la TC en la AP, una de las limitaciones importantes es la práctica inexistencia de guías y recomendaciones para este nivel asistencial. A menudo, estas guías se han elaborado a partir de los resultados de estudios desarrollados en el ámbito hospitalario, donde los enfermos presentan unas características clínicas diferentes a los enfermos atendidos en la AP (tiempo de evolución de la enfermedad, gravedad, espectro de enfermedad más seleccionado, etc.). Como consecuencia de este mismo hecho, la validez diagnóstica de la TC para la mayor parte de las indicaciones, en el contexto de la AP, puede ser diferente a lo que establecen las guías y recomendaciones elaboradas hasta ahora (7) (8).

La utilidad de la TC ha sido ampliamente evaluada. Estudios previos (9) demuestran hallazgos significativos en el 13.2% de los TC cerebrales solicitados. En cualquier caso es fundamental la correcta evaluación de los síntomas que motivan la petición de dicha prueba diagnóstica. En el caso de las cefaleas, estudios llevados a cabo durante 8 años (10) apoyan que la presencia de síntomas de alarma (edema de papila, alteración del nivel de conciencia o parálisis) se correlacionan positivamente con patología intracraneal significativa, mientras que en su ausencia, mostraban un muy bajo rendimiento diagnóstico, además de demostrar que a pesar de la normalidad de dichos estudios muchos de esos pacientes fueron derivados hacia atención hospitalaria. Se discute la solicitud de TC como medida tranquilizadora (11) (12), junto con lo que hay que sumar consecuencias negativas como retraso en la instauración de un correcto tratamiento o la irradiación innecesaria.

De la misma forma, en el caso de la demencia, se ha evaluado la sensibilidad y especificidad de diferentes criterios clínicos para seleccionar

los pacientes a los que realizar la TAC craneal, encontrándose un bajo valor predictivo de todos ellos, especialmente en el caso de la enfermedad de Alzheimer (6). No obstante, ante la sospecha de demencia se recomienda realizar una prueba de neuroimagen (TAC o RMN) (13) que permita descartar causas secundarias como la hidrocefalia normotensiva, reversible mediante cirugía, y la enfermedad vasculocerebral concomitante, de cara a las intervenciones a realizar en el paciente, (Grado de recomendación B). Se añade el hecho de que la localización de la atrofia cerebral permite orientar sobre cuál es el tipo de demencia degenerativa (Grado de recomendación B). Estas pruebas de neuroimagen son más útiles en estadios iniciales.

Existe necesidad de evaluar la capacidad diagnóstica clínica en atención primaria de esta prueba radiológica, por lo que llevamos a cabo un estudio retrospectivo cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y tipo de alteraciones en la TAC craneal solicitado desde las consultas de atención primaria de nuestro centro de salud.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realiza en un Centro de Salud de Atención Primaria cuya zona básica correspondiente cuenta con una población de 44.500 habitantes. El centro de salud consta de un equipo formado por 21 médicos de familia, 12 residentes de medicina familiar y comunitaria, 4 pediatras, 18 enfermeros, 3 auxiliares de enfermería, una matrona, una trabajadora social y 9 administrativos.

El diseño es descriptivo retrospectivo. Los sujetos de estudio son los pacientes a los que se les había solicitado una TAC de cráneo con finalidad diagnóstica por parte de los médicos del centro de salud entre el 1 de septiembre de 2011 y el 31 de agosto de 2012.

Se prevén pérdidas por no tramitación de la prueba, no acudir el paciente a su realización, no realización de informe o no localización de la historia clínica, por lo que se decide no seleccionar muestra sino tomar el total de solicitudes.

Las variables analizadas son: edad y sexo del paciente, el motivo de la petición de la prueba (por protocolo de derivación, se puede solicitar

en estudio de cefalea y de deterioro cognitivo), el resultado de la misma en el informe de radiología (normal/patológico y en caso de patológico alteración detectada) y si existía o no indicación por parte de Radiología de completar el estudio con una RMN. Se recogen todas las alteraciones presentadas en el mismo informe.

El análisis es descriptivo, realizándose un análisis diferenciado de los resultados patológicos por edad. Se analizan las diferencias en el resultado según sexo y motivo de petición, utilizando el estadístico Chi², para nivel de confianza alfa 0.05. Se utilizó el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

De las 225 peticiones de TAC de cráneo emitidas desde la consulta de atención primaria se recogió informe de 192, destacando una edad media de 52.43 ± 20.628 años (rango 5 – 95). En pacientes menores de 14 años se realizaron 3 peticiones (1.5%) y en mayores de 65 años se realizaron 67 solicitudes (34.9%).

En la distribución de sexos hay un predominio del sexo femenino en un 64.6% de los casos.

En 120 peticiones el motivo de la solicitud de la prueba era cefalea (62.5%), siendo la segunda petición más frecuente el deterioro cognitivo (29 solicitudes) (15.1%). En 12 peticiones que no tenían referido motivo de la solicitud y 31 casos se referían a otros motivos no contemplados en el protocolo de solicitud (Figura 1).



Figura 1. Motivos de solicitud de la TAC

Las solicitudes por cefalea corresponden a pacientes con edad media 43,9+1,72 años y mediana 42 años. En el caso de presentar deterioro cognitivo la media de edad asciende a 72,07+1,82.

De todas las TAC que se realizaron fueron informados como completamente normales 117 (60.9%).

Las patologías más frecuentemente detectadas en las TAC fueron las lesiones isquémicas en 34 de las TAC realizados (17.7%) y la atrofia cortico – subcortical que aparecía en 30 casos (15.6%) (Tabla 1). En el informe de 10 TAC (5.2%) se recomendaba la realización de una RMN.

Se compara la variable sexo con el resultado normal o patológico de la TAC obteniéndose un porcentaje de sexo femenino e informe patológico de 34.7% y de sexo masculino e informe patológico de 47.1% no siendo esta diferencia significativa.

Respecto al motivo de solicitud son patológicos el 29,2% de los solicitados por cefalea y el 82,9% de los solicitados por deterioro cognitivo (p< 0.0001).

En la tabla 2 se muestra la frecuencia de alteraciones según el motivo de solicitud.

Si nos centramos en las TAC que se informan como patológicos se observa una media de edad en los pacientes de 62.68 años ± 19.87 años.

Revisando la aparición de las distintas patologías según la edad de los pacientes, en menores de 65 años se encuentra atrofia cortico – subcortical aparece en 6 casos (4,6%) (20% de las TAC informados con dicha patología), las lesiones isquémicas en 8 casos (23.53%), correspondiendo un caso a un paciente de 19 años. En cuanto a la patología tumoral se diagnostican 4 casos de edades 26, 64, 83 y 84 años. El único caso de hidrocefalia del estudio se encuentra en un paciente de 61 años.

Resultado	frecuencia	porcentaje
normal	117	60.9
lesiones isquémicas	34	17.7
atrofia	30	15.6
patología de senos	10	5.2
tumores	4	2.1
hidrocefalia	1	0.5
Otras alteraciones	17	8,9%

Tabla 1. Resultado del informe del TAC

Motivo de solicitud->	Cefalea (n=120)		Deterioro cognitivo (n=29)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Atrofia cortico-subcortical	10	8,3	15	51,7
Lesiones isquémicas	12	10	14	48,3
Tumor	1	0,8	1	3,4
Patología de senos	8	6,7	2	6,9
Otras	14	11,7	--	--

Tabla2. Alteraciones informadas según el motivo de solicitud

Respecto a la patología de senos se aprecia en 6 pacientes menores de 65 años (60%) y en 4 mayores de 65 años (40%).

DISCUSIÓN

Las características de edad de los pacientes muestran un rango muy amplio ya que el principal motivo de solicitud (cefalea) puede abarcar todas las edades de la vida. Los resultados de este estudio muestran que se detecta alguna patología en casi el 40% de los casos, lo que supone un alto rendimiento diagnóstico de esta prueba en atención primaria y similar a estudios de ámbito hospitalario (6) (14). Comparando con otros estudios, obtenemos mayor porcentaje de TAC patológicos (9) (11), si bien hay que considerar la conveniencia de no tomar la atrofia córtico subcortical como un hallazgo patológico a partir de una edad que se cifra en 65 años o mayor, si aparece como único diagnóstico, lo que solo afecta a 7 casos en nuestra muestra. La atrofia cortico-subcortical se ha asociado a isquemia en 14 casos, y es este perfil el que podría justificar la realización de la prueba en personas de edad avanzada en que aumentan las causas vasculares de la demencia.

Hay que considerar que un alto porcentaje de estas patologías degenerativas cerebrales corresponden a pacientes menores de 65 años, por lo que es de gran relevancia clínica al suponer una mayor repercusión funcional del deterioro cognitivo y un adelanto diagnóstico importante para la intervención.

Es de resaltar el diagnóstico de 4 casos tumorales en un periodo temporal de 1 año, lo que teniendo en cuenta que en España, se calcula una incidencia de 8.73 por 100.000 habitantes / año en varones y 5.41 en mujeres, según datos de la Asociación española Contra el Cáncer, supone un importante hallazgo.

En nuestro estudio un 60% de peticiones se realizan en estudio de cefalea, coincidente como uno de los motivos más frecuente de solicitud también desde consultas de neurología (14). La presencia de alteraciones en casos de solicitud por cefalea no alcanza el 30%, El hecho de distinguir entre cefalea aguda y crónica (1) parece un factor clave en el rendimiento diagnóstico de la

prueba. Sin embargo, se considera de utilidad un acceso directo a la TAC por parte de los médicos de atención primaria en el estudio de la cefalea crónica ya que ha demostrado reducir en más de un 80% las derivaciones a atención especializada (9)(15). Habría que evaluar la secuencia posterior de intervenciones en los pacientes de nuestro estudio para determinar realmente el beneficio clínico de la prueba, ya que existen estudios que encuentran una similar tasa de derivaciones al segundo nivel en caso de cefalea entre médicos con acceso o sin él a técnicas de imagen (3). Además se ha puesto de manifiesto que los médicos de familia son los que mejor manejan el efecto positivo sobre el paciente del resultado normal de la prueba radiológica, siendo recomendable su acceso a la prueba (16).

Como sesgos fundamentales hemos de mencionar la ilocalización de informes por falta de registro en la historia clínica y la falta de datos acerca de los motivos de solicitud que constituyen pérdidas de información. Los datos clínicos aportados en los informes son claramente insuficientes para una correcta interpretación de su pertinencia y es un aspecto a mejorar además por su influencia en la propia lectura de la prueba radiológica (8).

La inclusión como patológicas de alteraciones menores puede ser discutida y obviamente varía el resultado, no obstante hemos pretendido poner el énfasis en la separación de las TAC totalmente normales, al tratarse de un espectro clínico en el que prima la exclusión de causas más que el diagnóstico cerrado.

Como aplicación práctica de nuestro estudio encontramos la necesidad de orientar la solicitud de la en base a criterios clínicos, a fin de mejorar su rendimiento diagnóstico, que parece ser menor en casos de cefalea y pacientes de mayor edad.

Como conclusiones de nuestro estudio encontramos un porcentaje elevado de patología cuando utilizamos la TAC de cráneo como medida diagnóstica en atención primaria. Esta es en su mayor parte patología isquémico-degenerativa.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Almazán C, Moharra M, Espallargues M. Estudio de las indicaciones y adecuación de las exploraciones de tomografía computarizada y resonancia magnética en la atención primaria. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. 2005. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0501es.pdf>.
- 2.- Rodrigo I. Diferentes instrumentos para adecuar la demanda de la tomografía computarizada y la resonancia magnética. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23:31-9.
- 3.- Martínez JM, Calero S, García ML, Tranche S, Castillo J, Pérez I. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Aten Primaria*. 2006; 38:33-38.
- 4.- Gil JA, González C, Fernández M, Gómez F, Jurado CM, Heras JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. *SEMERGEN*. 2012; 38:241-244.
- 5.- Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención primaria? *Aten Primaria* 2011; 43:377-384.
- 6.- Batzán J, Molpeceres J, Naberán E, Ruipérez I. TAC craneal en el estudio diagnóstico de pacientes con deterioro cognitivo: utilidad de criterios clínicos para mejorar su eficacia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35:70-6.
- 7.- Knottnerus JA, editor. *The Evidence Base of Clinical Diagnosis*. London: BMJ Books; 2002.
- 8.- Loy CT, Irwig L. Accuracy of Diagnostic Tests Read With and Without Clinical Information. A Systematic Review *JAMA*. 2004; 292:1602-1609.
- 9.- White PM, Halliday-Pegg JC, Collei DA. Open access neuroimaging for general practices: diagnostic yield and influence on patient management. *Br J Gen Pract*. 2002; 52:33-35.
- 10.- Sobri M, MS, Lamont, AC, Alias NA Win MN. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *Br J Radio*. 2003; 76: 532-535.
- 11.- Benamore RE, Wright D, Britton I. Is primary care access to CT brain examinations effective, *Clin Radiol* 2005; 60: 1083-1089.
- 12.- Howard L, Wessely S, Leese M, Page L, McCrone P, Husain K, Tong J, Dowson A. Are investigations anxiolytic or anxiogenic?. A randomized controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *J Neuron Neurosurg Psychiatr* 2005; 76:1558-1564.
- 13.- de Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF*. 2012; 8:484-495.
- 14.- Paniagua A, Albillos JC, Ibáñez L, Alba I. Análisis de la adecuación de las indicaciones clínicas en los estudios de neurorradiología. *Radiología*. 2013; 55:37-45.
- 15.- Thomas R, Cook A, Main G, Taylor T, Caruana EG, Swingler R. Primary care access to computed tomography for chronic headache. *British Journal of General Practice*. 2010; 60:426-430.
- 16.- Goadsby PJ. To scan or no to scan in headache? *BMJ*. 2004; 329:469-470.

ORIGINAL

Utilización de las consultas de atención primaria por parte de inmigrantes y su relación con el duelo migratorio

De la Revilla Ahumada L¹, de los Ríos Álvarez AM², Luna del Castillo JD³, Gómez García M⁴, Valverde Morillas C⁵, Calvo Tudela P⁶

¹Médico emérito. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

²Médico de Familia. Centro de Salud de Cartuja, Distrito Granada-Metropolitano, Granada, España

³Catedrático de Estadística. Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, España

⁴Médico de atención primaria. Centro de Salud del Valle de Lecrín. Distrito Granada-Metropolitano, Granada, España

⁵Médico de atención primaria. Centro de Salud de la Zubia. Distrito Granada-Metropolitano, Granada, España.

⁶Médico de atención primaria. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, España

RESUMEN

Título: utilización por los inmigrantes de las consultas de atención primaria y su relación con el duelo migratorio.

Objetivo: estudiar la utilización de la consulta en atención primaria por parte de los inmigrantes y su relación con el duelo migratorio (DM) y variables sociodemográficas (VSD).

Diseño: estudio descriptivo, transversal, multicéntrico.

Emplazamiento: consultas de atención primaria.

Población y muestra: 290 pacientes inmigrantes, excluyendo menores de 18 años que consultaban por distintos motivos.

Intervenciones: se les administro el cuestionario sobre DM. Recogiéndose VSD: genero, edad, estado civil, nacionalidad, red social, tiempo en España, situación legal/laboral y dificultades de comunicación. Se realizo análisis uni y multivariante con regresión logística binaria.

Resultados: la media de consultas al año realizadas por los inmigrantes es de 4,32+/- 2.87 a. Existen factores del DM y VRS que aumentan el número de consultas anuales en los inmigrantes, como ocurre con el factor miedo, ser mujer, edad superior a 45 años, llevar más de 5 años en España, tener una buena red social y los problemas psicosociales. Al contrario el factor nostalgia reduce el número de consultas, e igualmente lo reducen el ser subsahariano y de los países del este, estar en paro, sin documentación y con dificultades de comunicación.

Conclusiones: la frecuentación de las consultas por los inmigrantes aumenta por el factor miedo del DM, ser mujer, mayor de 45 años, vivir más de 5 años en España, tener una buena red social y consultar por problemas psicosociales.

Palabras clave: inmigración, atención primaria, uso de las consultas, duelo migratorio

SUMMARY

Title: The association between migratory grief and immigrants' visits to general practitioners

Goal: To study immigrants' visits to general practitioners (GPs) and their association with migratory grief (MG) and socio-demographic variables (SDV).

Methodology: descriptive, cross-sectional and multicentric study.

Correspondencia: Patricia Calvo Tudela
E-mail: pcalvo091@hotmail.com

Recibido el 27-05-2014; aceptado para publicación el 26-09-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 189-197

Setting: general practice consultations.

Population and Sample: 290 immigrant patients, excluding those under 18 who consulted for other issues.

Measures: Information on the following SDV was gathered by applying an MG question-naire: gender, age, civil status, nationality, social network, time residing in Spain, le-gal/occupational situation, and communication barriers. Researchers performed a univa-riate analysis, in addition to a multivariate analysis with binary logistical regression.

Results: The average number of visits per year by immigrants is 4.32+/- 2.87. The follow-ing factors related to MG and SDV contribute to more frequent GP visits by immi-grants: fear, being female, being over 45 years of age, having resided in Spain for over five years, having a good social network, and psychosocial problems. In contrast, the nostalgia factor reduces the number of doctor visits, as does being from sub-Saharan Africa or eastern European countries, being unemployed, being undocumented, and having difficulties communicating with others.

Conclusions: The number of GP visits by immigrants increases when the following va-riables are present: fear of MG, being female, being over age 45, having resided in Spain for over five years, having a good social network and consultations related to psychosocial problems.

Key words: immigration, primary care, use of consultations, migratory grief.

INTRODUCCIÓN

El elevado incremento de la inmigración en España, especialmente procedentes de países de baja renta, ha obligado a orientar la política sanitaria para permitir un fácil acceso al sistema de salud para mejorar su atención. En la actual crisis, donde los recortes en salud se centran, entre otras medidas, en limitar a la población inmigrante el acceso a los servicios sanitarios, existe un especial interés por conocer cuál es la cuantía de utilización estos servicios.

Aunque no tenemos muchos datos para evaluar el uso de los servicios de salud por par-te de la

inmigración si conocemos que una parte importante de la opinión pública y de los profesionales sanitarios piensan que los inmigrantes hacen un consumo exagerado de los servicios de salud (1,2), frente a otros (3,4) que consideran que lo utilizan poco, debido a la existencia de barreras por problemas del idioma y diferencias culturales, que restringen el acceso.

En el uso de los servicios de atención primaria intervienen factores que tienen que ver con su organización, con el estilo de la práctica médica y su formación y sobre todo con el paciente. Entre las variables que de forma individual pueden modificar la utilización de los servicios sanitarios tenemos la nacionalidad, género, edad, y el estado civil (5). Pero, sobre todo, conviene recordar que su frecuentación esta en relación con los problemas psicosociales, que tienen que ver con el temor y la incertidumbre de un presente y futuro incierto, por la necesidad de adaptarse a una cultura, estilo de vida, idioma y comidas diferentes y, en fin, el miedo por quedar sometidos a las mafias y a otros riesgos para sobrevivir.

Estos factores, el dolor por la separación de familiares y amigos, el miedo ante un ambiente extraño y hostil y el temor al fracaso del proyecto migratorio, pueden considerarse como un equivalente al duelo, entendiendo con este término todo el proceso de organización que acontece cuando la persona pierde algo que es especialmente relevante o significativo para ella y que se conoce al referirse a la población alóctona con el termino de duelo migratorio (6,7).

El objeto de este estudio es conocer la cuantía del uso de las consultas de atención primaria por parte de la población inmigrante y el de identificar qué factores del duelo migratorio (DM)) y de las variables sociodemográficas, pueden influir en dicha utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizo en tres centros de salud de Granada (Cartuja, Valle de Lecrín y la Zubia), incluyendo en la investigación 290 inmigrantes mayores de 18 años, que consultaron, por distintos motivos, durante 2009 y 2010. La muestra se seleccionó desde las consultas de atención

primaria cuando el paciente que estaba citado era inmigrante, recogiendo los datos sociodemográficos y de utilización de servicios a través de la historia digital. Se realizó un día por semana de forma aleatoria durante el tiempo que duró la fase de estudio. Se excluyeron 12 casos que se negaron a participar en la investigación.

Utilización de servicios.

Se recogió el número de visitas registradas en la historia individual de cada paciente durante un año.

Motivos de consulta relacionados con la esfera psicosocial:

Se dividió a los inmigrantes en dos grupos, uno constituido por los que consultaban exclusivamente por motivos relacionados con problemas biomédicos y otro conformado por los que presentaban problemas psicosociales, entendiendo con este término aquellas situaciones de estrés social que producen, en los individuos afectados, crisis y disfunciones familiares con alteraciones de la homeostasis familiar, que pueden generar somatizaciones, depresión y ansiedad.

Cuestionario sobre el duelo migratorio:

El cuestionario utilizado es el propuesto y validado por De la Revilla et al (8), que está redactado en español y consta de 17 preguntas (tabla 1), repartidas atendiendo a las siete dimensiones del DM descritas por Achotegui (9).

La investigación de De la Revilla et al (8) sobre el cuestionario permitió diferenciar 4 factores: el factor miedo que incluye las preguntas de la 12 a la 17, el factor nostalgia constituido por las preguntas 1,4, 5 y 6, el factor preocupación formado por los ítems 2, 8 ,9 y 11 y el factor temor a la pérdida de identidad que incluye las preguntas 2 y 10.

Variables sociodemográficas estudiadas:

Se recogieron datos referentes a la nacionalidad, edad, género y estado civil, así como a la situación laboral y legal, dificultades de comunicación, tiempo de residencia y red social.

1) Duelo por la separación de la familia y amigos

1. ¿Con que frecuencia echas de menos a tu familia?
Siempre A veces Nunca
2. ¿Con que frecuencia echas de menos a tus amigos?
Siempre A veces Nunca

2) Duelo por la lengua materna

3. ¿Tienes miedo a olvidar tu idioma?
Siempre A veces Nunca

3) Duelo por la cultura

4. ¿Echas de menos la comida de tu país?
Si No
5. ¿Echas de menos las fiestas de tu país?
Siempre A veces Nunca
6. ¿Echas de menos las costumbres de tu país?
Siempre A veces Nunca

4) Duelo por la pérdida de su tierra o pasaje

7. ¿Echas de menos tu pueblo o ciudad?
Siempre A veces Nunca

5) Duelo por la pérdida de su estatus social

8. ¿Estás preocupado ante las dificultades para acceder a un puesto de trabajo?
Siempre A veces Nunca
9. ¿Estás preocupado por las dificultades de regularizar tu situación legal en España?
Siempre A veces Nunca

6) Duelo por la pérdida de contacto con su grupo étnico

10. ¿Tienes compatriotas o amigos con los que te identifiques?
Si No
11. ¿Te sientes tris porque no tienes compatriotas, amigos o conocidos?
Siempre A veces Nunca

7) Duelo por la pérdida de su seguridad física

12. ¿Has tenido miedo en tu viaje a España?
Si No
13. ¿Tienes miedo a las mafias?
Si No
14. ¿Tienes miedo a ponerte enfermo y a que no te sepan curar?
Si No
15. ¿Tienes miedo a morir en España?
Si No
16. ¿Tienes miedo a vivir con la sensación permanente de que te comuniquen que vas a ser repatriado a tu país?
Siempre A veces Nunca
17. ¿Tienes miedo a que te agredan verbal o físicamente?
Siempre A veces Nunca

Tabla 1. Cuestionario sobre el duelo migratorio

Para conocer la red social hemos utilizado la clasificación de Federico de la Rúa (10) simplificada, basada en la tipología de la integración relacional de los inmigrantes, calificándolos en cosmopolitas cuando se relacionan tanto con personas de su mismo origen (nacionales), como con las de origen diferente (transnacionales) y con los de la sociedad de acogida (locales) y no cosmopolitas, cuando el inmigrante se encuentra aislado o se relaciona solo con ciudadanos de su país de origen.

Método estadístico:

Para cada variable dependiente se realizó un estudio no ajustado para ver como se asociaban con la variable independiente (número de consultas en el último año registradas en la historia individual de cada paciente). Tras este análisis univariante se llevó a cabo el ajuste de un modelo multivariante considerando aquellas variables por las que se deseaba controlar y todas aquellas que tenían un nivel de significación $p < 0.30$, con la regresión logística binaria, atendiendo especialmente a las odds ratio de cada una de las variables del modelo y a sus intervalos de confianza; la verificación del ajuste del modelo a un modelo logístico se hizo mediante el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow. Para los cálculos se empleó el paquete estadístico STATA 10.1.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los 290 inmigrantes incluidos en el estudio se presentan en la tabla 2.

1. Frecuentación de las consultas por la población inmigrante.

La media de consultas realizadas por los inmigrantes fue de 4,32+/- 2.87.

2. Análisis univariante de los motivos de consulta relacionados con Problemas psicosociales (Tabla 3).

Motivos de Consulta	N	%
Problemas Biomédicos	135	46.6
Problemas Psicosociales	155	53.4

Tabla 2. Relación del número y motivos de las consultas

Variables SDG	N	%
Nacionalidad		
Latinoamericanos	79	27.2
Magrebíes	96	33.1
Subsaharianos	27	9.3
Países del Este	43	14.8
Asia+otros países	45	
Género		
Hombre	125	43.1
Mujer	165	56.8
Edad		
<=25 ^a	61	21.0
26-35 ^a	107	36.9
36-45 ^a	60	20.7
>45 ^a	62	21.4
Estado civil		
Soltero	106	36.6
Casado	150	51.7
viudo+sep+div	34	11.7
Dificultades de Comunicación		
Sin dificultades	182	62.8
Dificultades		
Culturales	44	15.2
No habla el idioma		
Con traductor	49	16.9
No habla el idioma		
Sin traductor	15	5.2
Tiempo de residencia en España		
<=5 años	170	58.6
>5años	120	41.4
Red Social		
Cosmopolita	162	55.9
No cosmopolita	128	44.1
Situación Laboral		
Paro	88	30.3
Trabajo temporal/ Ama de casa		
	122	42.1
Trabajo fijo/Estudiante		
Jubilado	80	27.6
Situación Legal		
Documentado	213	73.4
Indocumentado	77	26.6

Tabla 3. Relación de las variables sociodemográfica de la muestra estudiada (n:290)

Los pacientes que tienen problemas psicosociales tienen un número medio de visitas superior a los que no los tienen ($P=0.012$).

3. Análisis univariante del Duelo Migratorio (Tabla 4)

Existe asociación entre el número de consultas y el factor miedo, ($P=0.122$) ya que conforme aumenta la puntuación de miedos también aumenta el número de consultas. También existe asociación entre el factor nostalgia ($P=0.0005$) y el uso de servicios, pero en sentido inverso, ya que cuando aumenta la puntuación de este factor va siendo menor el número de consultas.

El factor preocupación tiene escasa incidencia sobre la frecuentación ($P=0.000$) y cuando lo hace tiene un efecto similar al factor nostalgia. No existe asociación entre el número de consultas y pérdida de identidad ($P=0.4228$).

4. Análisis univariante de las variables sociodemográficas estudiadas (Tabla 5).

No hay diferencias significativas entre las distintas nacionalidades ($P=0.088$) aunque hay indicios de que los subsaharianos y los de países del este consultan menos que los de otras procedencias. Las mujeres tienen una media significativamente superior a los varones en número de consultas ($P=0.0000$). Los pacientes inmigrantes mayores de 35 años tienden a consultar más al médico de familia que los más jóvenes ($P=0.0016$).

Los pacientes inmigrantes que llevan más de 5 años de residencia en España tienen un número medio

de visitas superior a los que tienen 5 años o menos de estancia ($P=0.001$). Hay indicios muy claros ($P=0.068$) de que los pacientes inmigrantes con una red social cosmopolita tienden a tener un nivel medio de visitas superior al de los no cosmopolitas.

En cuanto al estado civil, los solteros tienen un número medio de visitas significativamente inferior a los que están casados, viudos o separados / divorciados ($P=0.00012$). Conforme las dificultades de comunicación aumentan, menor es el número de visitas al Centro de Salud ($P=0.029$).

Los que están en paro hacen un número medio de visitas inferior que los que tienen trabajo temporal o son amas de casa, los que tienen trabajo fijo o son estudiantes ó jubilados ($P=0.0042$). Los indocumentados tienen un número de visitas que es significativamente inferior a los que tienen documentación ($P=0.00002$).

5. Análisis multivariante del duelo migratorio (Tabla 4).

Este análisis permite mantener en lo referente a los factores del Duelo Migratorio que cuando los pacientes puntúan más alto en miedos mayor es el número de visitas anuales, y que por el contrario cuando puntúan más alto en el factor nostalgia disminuye el número de consultas. El factor preocupación no se mantiene en la ecuación.

6. Análisis multivariante de las variables sociodemográficas (tabla 5).

De las variables sociodemográficas estudiadas se mantienen en el modelo ser mujer y mayor

	Análisis Univariante				Análisis Multivariante			
	OR	IC 95%		P	OR	IC 95%		P
Miedo	0.03	-0.01	0.06	0.12	0.08	0.04	0.12	0.00
Nostalgia	-0.07	-0.01	-0.03	0.00	-0.06	-0.10	-0.02	0.00
Preocupación	-0.07	-0.01	-0.04	0.00	-0.01	-0.06	0.03	0.55
Pérdida de identidad	0.06	-0.08	0.19	0.42				

Tabla 4. Análisis univariante y multivariante del duelo migratorio

Variables	Categorías	Análisis Univariante			Análisis Multivariante				
		OR	IC 95%		P	OR	IC 95%		P
Nacionalidad	Otros								
	Latinoamericanos	0.09	-0.15	0.33	0.459	0.08	-0.16	0.32	0.513
	Magrebies	0.01	-0.22	0.25	0.915	-0.04	-0.26	0.18	0.713
	Subsaharianos	-0.29	-0.60	0.02	0.071	-0.01	-0.33	0.31	0.930
	Países del Este	-0.12	-0.40	0.15	0.375	-0.11	-0.36	0.15	0.420
Género	Hombre								
	Mujer	0.31	0.16	0.46	0.000	0.30	0.14	0.47	0.000
Edad	<25a								
	26-35a	0.09	-0.12	0.29	0.412	-0.08	-0.28	0.11	0.410
	36-45a	0.32	0.09	0.55	0.007	0.03	-0.20	0.26	0.805
	>45a	0.38	0.15	0.61	0.001	0.14	-0.12	0.39	0.298
Estado Civil	soltero								
	casado	0.34	0.18	0.50	0.000	0.20	0.04	0.36	0.017
	Viudo/separado/ divorciado	0.33	0.08	0.58	0.009	0.06	-0.20	0.33	0.629
Situación Laboral	paro								
	Trabajo temporal/ Ama de casa	0.23	0.05	0.41	0.011	0.20	0.03	0.37	0.024
	Trabajo fijo/ Estudiante/ Jubilado	0.32	0.12	0.52	0.002	0.20	-0.02	0.42	0.075
Situación Legal	Documentado								
	Indocumentado	-0.36	-0.53	-0.20	0.000	-0.34	-0.54	-0.14	0.001
Dificultades de Comunicación	sin dificultades								
	Dificultades culturales	-0.12	-0.34	0.10	0.276	0.02	-0.21	0.24	0.877
	No habla con traductor	-0.28	-0.49	-0.07	0.008	-0.11	-0.34	0.12	0.356
	No habla sin traductor	-0.29	-0.64	0.05	0.096	-0.04	-0.39	0.31	0.815
Red Social	Cosmopolita								
	No Cosmopolita	-0.14	-0.30	0.01	0.068	-0.06	-0.22	0.09	0.443
Tiempo de residencia	<= 5 años								
	> 5 años	0.25	0.09	0.40	0.002	0.01	-0.18	0.19	0.945
Problemas psicosociales	No								
	Si	0.16	0.01	0.32	0.035	0.14	-0.01	0.28	0.061
Duelo Migratorio	Miedo	0.03	-0.01	0.06	0.122	0.08	0.04	0.12	0.000
	Nostalgia	-0.07	-0.10	-0.03	0.001	-0.06	-0.10	-0.02	0.001
	Preocupación	-0.07	-0.11	-0.04	0.000	-0.01	-0.06	0.03	0.555
	Pérdida de Identidad	0.06	-0.08	0.19	0.423				
					R ² =0.2975				

OR: odds ratio
IC: intervalo de confianza

Tabla 5. Análisis Univariante y Multivariante de la utilización de servicios

de 45, por qué aumentan el número de visitas, como permanecer soltero, estar en paro e indocumentado por reducir las consultas.

Controlado por otros factores el efecto de la edad se hace más débil, pero aún así se puede decir que los que tienen más de 45 años tienen un número medio de visitas mayor que los que tienen menos de 45 años.

No se mantienen en la ecuación la nacionalidad, la dificultad en la comunicación, la red social y el tiempo de residencia en España

Por último, conviene destacar que hay indicios claros de que los pacientes que tienen problemas psicosociales tienden a consultar más que los que no los tienen.

DISCUSIÓN

Hemos comprobado que los inmigrantes utilizaban las consultas de los centros de salud en una media de 4,3 consultas anuales, uso que es inferior al observado por Soler Gonzalez (1) que apreció una media de 5,6 visitas y superior a los referidos por Hernandez Sanchez (11) y Gimeno-Feliu (12) con valores de 3,4 y 2,8 consultas/año respectivamente. Estos datos muestran que existen diferencias apreciables en el uso de los servicios de salud por parte de la población alóctona y aunque desconocemos las causas de estas diferencias, es posible que puedan relacionarse con las distintas metodologías utilizadas para obtener los datos.

La utilización de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes puede estar condicionada por estrés social relacionado con el DM e igualmente por una serie de factores sociales o demográficos.

Analizamos en primer lugar la relación del uso de servicios con el duelo migratorio. Recordemos que la migración es una situación de cambio que comporta una serie de pérdidas y de tensiones que configuran el duelo, entendiéndolo como el proceso de reorganización de la persona, que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto. Lo que referido a la emigración tiene que ver con la reelaboración de los

vínculos que la persona ha establecido con el país de origen y es precisamente la dificultad para mantener estos vínculos, a través de los cuales expresa su personalidad y su identidad, lo que define la pérdida y da lugar a lo que se denomina duelo migratorio (Tizon (10), Achotegui (5)).

Al analizar el papel que los factores del DM pueden tener en la utilización de los servicios sanitarios comprobamos que el miedo se relaciona con un aumento en el número de consultas. Esto puede deberse a que el miedo es un factor estresante muy importante que genera problemas psicosociales y cuyos síntomas obligan a frecuentar más asiduamente las consultas, como comprobó De la Revilla et al (13) en su investigación acerca del síndrome de Ulises. El temor puede atribuirse a las vicisitudes del viaje, sobre todo cuando vienen en pateras, pero en la mayoría de las ocasiones tiene un origen más complejo, que se relaciona tanto con el temor a la pérdida de la salud, como con el miedo a ser detenido, a la expulsión, a ser agredido o a las mafias.

En cuanto a la nostalgia, que agrupa los estresores clásicos de la migración, como el recuerdo y la tristeza por la cultura, las costumbres y el paisaje del país de origen, es un factor que tiene que ver con la reducción del uso de las consultas. Parece como si el retomar el pasado, el volver a los orígenes, les alejara de su presente incluso del uso de los servicios de salud.

Cuando evaluamos el papel de los factores sociodemográficos es importante destacar que estos factores, como ocurre con los del DM no ejercen el mismo efecto sobre la utilización de los servicios sanitarios, ya que unos aumentan el uso, mientras que otros lo disminuyen. Así, comprobamos que las variables género, edad, tiempo de estancia en nuestro país y red social, se relacionan con una mayor frecuentación de las consultas en los centros de salud.

En lo referente al género son las mujeres las que hacen mayor uso de las consultas de AP; este dato que también fue observado por otros autores (14,15) puede relacionarse con el hecho de que las mujeres sufren con mayor frecuencia que los varones ansiedad y depresión (16,17) e igualmente puede deberse, como refieren Ritsner y Ponizovsky (18) a que las mujeres, al tener mayor desigualdad en la educación, en el acceso a

puestos de trabajo y en habilidades lingüísticas, sufren mayor estrés social.

Apreciamos que frecuentan más las consultas los inmigrantes mayores, con edad superior a los 45 años; esta relación entre uso y edad también fue referido por Fernández Sánchez et al (11) y Vázquez Villegas (19), que podemos imputar a que este grupo etario al tener más problemas de salud, necesita de una mayor atención médica.

En relación con al tiempo de estancia en España comprobamos que los que llevan cinco o más años en nuestro país también usan con más frecuencia los servicios de salud. Como sugieren Llosada Gistau et al (20) y Soler-Gonzalez (3) esta circunstancia puede relacionarse con el hecho de que los inmigrantes que llevan más tiempo en el país de acogida suelen estar mejor informados, lo que les facilita el acceso al sistema y una mayor utilización. Algo parecido puede ocurrir con la red social, ya que un aumento de la red y especialmente el relacionarse con personas de la sociedad de acogida le puede permitir usar con más asiduidad las consultas.

Por el contrario determinadas variables personales y sociales pueden intervenir reduciendo el uso de los servicios de salud. Así hemos apreciado que los inmigrantes solteros, que están en paro, sin documentación y con dificultades de comunicación consultan menos, esto puede deberse a que estos factores actúan, como han sugerido Ramos et al (21) y Vázquez Villegas (22), como barreras que limitan o dificultan la accesibilidad al sistema.

No existe unanimidad acerca del papel que pueda tener la nacionalidad en la utilización de las consultas. En nuestra serie son subsaharianos e inmigrantes procedentes de los países del este, los que frecuentan menos las consultas.

Por último, es importante destacar que los pacientes con problemas psicosociales consultan con más frecuencia. Aragona (23) apreció que un motivo relevante de las consultas en atención primaria tiene que ver con problemas psicosociales y el estrés postraumático.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Soler-Gonzalez J, Sena Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, CerVilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales e la ciudad de Lleida. *Aten Primaria*. 2008; 40: 255-233.
2. Perez MA, Moreno VM, Puerta DR, Martinez YG, Vicario IH, Ceruelo EE. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia en la red sanitaria pública madrileña. *Gac Snit*. 2007; 21:219-226.
3. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Diaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaz Sanit*. 2009; 23: 54-65.
4. Sundquist J. Migration, equality and access to health care services. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:691-696.
5. De los Ríos Álvarez AM^a, Luna del Castillo JD, Rodríguez Navarro JL, Gómez García M, Valverde Morilla C. Variables sociodemográficas que intervienen en la hiperutilización de consultas en atención primaria por parte de la población inmigrante. *Revista Fundesfam*, 2012, 6. URL: www.fundesfam.org
6. Tizon J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Sainz F, Achotegui J, et al. *Migraciones y salud*. Barcelona: PPU; 1993.
7. Achotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E, Comelles JM. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000.
8. de la Revilla L, de los Ríos Álvarez AM^a, Luna del Castillo JD, Gómez García M, Valverde Morillas C, López Torres G. Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a la consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Aten Primaria*. 2011; 43: 467-473.
9. Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*. 2004; 21: 39-52.
10. Federido de la Rua A. Los espacios sociales de la transnacionalidad. Una tipología de la integración relacional de los migrantes. *Revista hispana de redes sociales*. 2004; 7: 77-100. URL: http://revista-redesrediris.es/html.vol4/vol4_3.
11. Hernández Sánchez A, de Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Grueso Muñoz E, Muedra Sanchez M.

Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud. *SEMERGEN*. 2004; 30: 431-436.

12. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallon-Botaya R, Luzon L, Prados-Torres A, et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿Quién consume más servicios? *Aten Primaria*. 2011; 43:544-550.

13. De la Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM^a, Luna del Castillo JD, López Torres G, Gómez García M, Alcántara Zarzuela M. El síndrome de Ulises en inmigrantes que acuden a las consultas de Atención Primaria y su relación con el duelo migratorio. *Med fam Andal*. 2011; 12: 30-38.

14. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saber BG. Disparities in health care by race, ethnicity and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. 2002; 40: 52-59.

15. Jylha M, Guralnik JM, Ferruchi L, Jokela JH, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol*. 1998; 53: 144-152

16. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A, Fons Marti M. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria*. 2004; 36: 106.

17. Fox PG, Burns KP, Popovich JM, Ileg MM. Depression among immigrant Mexican woman and Southeast Asian

refugee women in the U.S. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2001; 7: 778-792.

18. Ritsner M, Ponizovsky A. Psychological symptoms among an immigrant population: a prevalence study. *Compr Psychiatry*. 1998; 39: 21-27

19. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Lujan Jiménez R, Gamez Gamez E, Ramos Muñoz JA, Lorente Serna, J et al. Atención al paciente inmigrante en Atención Primaria. *Med fam Andal*. 2000; 2: 162-168.

20. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miro Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 2012; 44: 82-88.

21. Ramos M, García R, Prieto M, March J. Problemas y propuesta de mejora en la atención sanitaria a los emigrantes económicos. *Gac Sanit*. 2001; 15: 320-326.

22. Vazquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación). *Cuadernos de gestión*. 2002; 8: 16-22.

23. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanità*. 2013; 49:169-175.

ORIGINAL

Adicciones y salud mental en un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería

Cabrerizo Egea M^aJ¹, Barroso García M^aP², Rodríguez-Contreras Pelayo R³

¹Médico de Familia. DCCU Bola Azul. Almería. Servicio Andaluz de Salud

²Médico de Familia. Servicio de Salud Pública, Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía

³Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cantabria (en excedencia voluntaria). Actualmente en la Agencia Sanitaria de Cooperación al Desarrollo, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario San Cecilio, Universidad de Granada

RESUMEN

Título: adicciones y salud mental en un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería.

Objetivo: conocer el consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas, así como la existencia o no de un trastorno ansioso o depresivo en un grupo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Población y muestra: ciento diez mujeres de Almería capital y pueblos limítrofes, escogidas mediante muestreo de conveniencia.

Intervenciones: realización de un cuestionario ad hoc y aplicación de la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG).

Resultados: el 60,9% de las mujeres fumaba y un 14,5% consumía o había consumido alguna droga. En un 43,3% de casos, cocaína. Se diagnosticó ansiedad en un 53,6%, y depresión en un 56,4%. Se aplicó el test de la chi-cuadrado para el análisis bivariante.

Se observó asociación estadísticamente significativa entre depresión y menor salario por servicio (OR 2,24, IC 95% (1,010-4,965); p= 0,045). No se observó asociación estadísticamente significativa entre ansiedad y el salario por servicio, entre ansiedad y/o depresión y tabaquismo o consumir otras drogas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre tabaquismo y mayor salario (OR= 3,767, IC95% (1,523-9,321); p= 0,003).

Conclusiones: el porcentaje de mujeres estudiadas que fuman es alto, asociándose éste con unos ingresos económicos mayores. Así mismo, un porcentaje elevado de mujeres presentan ansiedad o depresión, estando esta última relacionada con menor salario por servicio.

Palabras clave: síndrome ansioso, depresión, prostitutas, tabaquismo.

SUMMARY

Title: Addictions and mental health issues amongst a group of women engaged in prostitution in Almeria.

Goal: To assess the use of tobacco and other addictive substances, as well as the existence or not of anxiety or depressive disorders amongst a group of women engaged in prostitution in Almeria.

Methodology: Descriptive cross-sectional study

Setting: Primary health care.

Correspondencia: María Jesús Cabrerizo Egea
DCCU Bola Azul
Ctra. Ronda 226
04005 Almería
E-mail: chussa02@hotmail.com

Recibido el 28-08-2014; aceptado para publicación el 24-12-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 198-207

Population and sample: One hundred and ten women from the capital of Almeria and neighbouring towns, selected through convenience sampling.

Interventions: Development of an ad hoc questionnaire and the use of Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS).

Results: 60.9% of the women studied smoked and 14.5% were either consuming or had previously consumed some kind of drug. In 43.3% of cases the drug used was cocaine. 53.6% were diagnosed with anxiety, and 56.4% with depression. The chi-square test was used for the bivariate analysis. A statistically significant association was observed between depression and lower wage per service (OR 2.24, 95% CI (1.010-4.965); $p=0.045$). No statistically significant association was seen between anxiety and wage per service, between anxiety and/or depression and tobacco or other drug use. A statistically significant association was found between tobacco smoking and higher wage (OR=3.767, 95% CI (1.523-9.321); $p=0.003$).

Conclusions: The percentage of women studied that smoked is high, and this is associated with higher income. Likewise, a high percentage of the women demonstrate anxiety or depression, the latter being associated with lower wages per service.

Keywords: Anxiety disorder, Depression, Prostitutes, Tobacco use.

INTRODUCCIÓN

Las personas que ejercen la prostitución son un grupo vulnerable al estar expuestas a factores de riesgo como la violencia y la estigmatización, lo que les hace más susceptibles a sufrir un trastorno depresivo que la población general (1). Algunos autores indican que las mujeres que ejercen la prostitución presentan más psicopatologías que las que no la ejercen (2), si bien son pocos los estudios que abordan el tema de la salud mental (3).

El ejercicio de la prostitución se ha relacionado en muchas ocasiones con el consumo de sustancias psicoactivas, entre las que incluimos tabaco, alcohol y otras drogas (cocaína, cannabis, etc.)

(3), señalándose en ocasiones que este consumo se sostiene económicamente ejerciendo la prostitución o mediante el intercambio de sexo por drogas. Además, parece ser que estas sustancias les ayudan a enfrentar los sentimientos negativos que les produce su situación personal (4). Un estudio, desarrollado en Ohio en 2012, indicaba que las humillaciones, ataques y explotación a la que se veían sometidas con frecuencia, les habían llevado a buscar sustancias que alteran la percepción para apaciguar el dolor psíquico y emocional que padecen (5). Se podría hablar de un "círculo" entre prostitución-consumo de sustancias-síntomas de ansiedad y/o depresión.

Por otro lado, si nos centramos en el tabaquismo en población general, tal y como comentan Becoña et al, se ha encontrado una importante relación entre este hábito y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Así, toda una serie de estudios han mostrado de modo claro y consistente la relación entre fumar y depresión, o entre fumar y trastornos de ansiedad (6).

Todo lo anterior, nos lleva a establecer como principal objetivo de este estudio conocer el consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas así como la existencia o no de trastorno ansioso o depresivo en un grupo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería.

SUJETOS Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal durante los años 2010-2013, sobre un colectivo de ciento diez mujeres que ejercen la prostitución, seleccionadas a través de un muestreo de conveniencia, dentro de la ciudad de Almería y algunos pueblos limítrofes. Se realizó ese tipo de muestreo por la dificultad encontrada a la hora de seleccionar a las mujeres, dada su falta de estabilidad en un lugar concreto, aspecto que ha limitado el tamaño muestral. Es de reseñar que no se ha realizado ningún tipo de remuneración para captar a las mujeres participantes, a diferencia de otros estudios parecidos, en los que si se ha hecho, abonándoles una pequeña cantidad de dinero (7).

Las variables estudiadas las esquematizamos en relación a:

- **Características socio-demográficas:** edad, si es inmigrante o no, convivencia actual, existencia o no de hijos, recuerdos afectivos de su infancia y nivel educativo.
- **Aspectos laborales:** edad a la que iniciaron la prostitución, tiempo en el ejercicio de la misma, dónde han ejercido en el último año, horas de una jornada laboral, número de servicios por jornada, salario medio por servicio y si han intentado dedicarse a otra actividad.
- **Hábitos tóxicos:** tabaquismo, número de cigarrillos al día, consumo de otras drogas y si les han obligado a consumir alguna vez.
- **Para reconocer la presencia de ansiedad o depresión,** se utilizó la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG) validada en España (anexo 1), ya que se trata de un cuestionario breve y sencillo, con una elevada sensibilidad (83,1%), especificidad (83,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) (8).

Como fuentes de información se ha utilizado un cuestionario ad hoc, elaborado tras la consulta de la bibliografía referenciada. Se modificó tras entrevistar a 5 mujeres, cuyos datos no se incluyen en este trabajo, para mejorar su comprensión.

Para la recogida de datos se contactó con diversas asociaciones - APRAMP, AIMUR, Proyecto Encuentro (Adoratrices y Oblatas) -que se ocupan del colectivo de personas que ejercen la prostitución. Ellas facilitaron sus sedes como lugar para poder realizar las encuestas. Las entrevistas fueron realizadas por la primera firmante del trabajo y algunas colaboradoras de las asociaciones previamente entrenadas para ello. Se explicaba a la mujer en qué consistía el estudio, con hoja informativa y consentimiento informado, y no se necesitó traducción. Dichas organizaciones trabajan en coordinación con los centros asistenciales, facilitando el acceso de estas mujeres a los servicios sanitarios y sociales. No obstante, la captación de estas mujeres y el desarrollo de este estudio han presentado algunas dificultades, debido sobre todo a la disponibilidad horaria que este colectivo suele tener y a la reticencia de muchas de ellas a dar datos personales.

Puesto que se realizaba a mujeres que previamente habían contactado con las asociaciones mencionadas, todas a las que se les solicitó, participaron en el estudio.

Se ha realizado un análisis univariante de las distintas variables estudiadas, calculándose porcentajes para las variables cualitativas, y medias, desviaciones típicas y rangos para las variables cuantitativas. Asimismo se han aplicado el test chi-cuadrado y el test exacto de Fisher para estudiar la relación entre variables cualitativas en tablas dos por dos. Como medida de asociación en estas tablas se ha estimado la odds ratio. Para todo el estudio se ha considerado un nivel de significación del 5% para los test de hipótesis y una confianza del 95% para los intervalos de confianza.

El estudio respeta los principios fundamentales de bioética, dado que se obtuvo el consentimiento informado de las personas entrevistadas, y se ha garantizado la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Características socio-demográficas

De las 110 mujeres, el 90% eran inmigrantes. De estas, un 49,5% procedían de países de Europa del Este, un 32,7% de Latinoamérica, un 11,1% eran africanas y el 3% asiáticas. Sus edades oscilaron entre los 18 y los 60 años, con una media de 31,2 años, (DE 8,8). La mayoría vivía acompañada por familiares o conocidos (73,6%). Un 53,6% de las mujeres tenía algún hijo. Al preguntar sobre cómo había vivido su niñez, un 38,2% tenía recuerdos desagradables de su infancia. En cuanto al nivel educativo, se encontró que el 74,5% tenían estudios primarios o secundarios (Tabla 1).

Aspectos laborales

Las mujeres se iniciaron en la prostitución con una edad media de 27,1 años. La media del tiempo que llevaban en el ejercicio de la prostitución fue de 3,5 años. En un 39,1% de los casos habían ejercido en un club de ciudad durante el último año. Invirtieron una media de 10,4 horas por jornada laboral, y el número de servicios por jornada era de 4,5 de media. El salario (neto) medio por servicio era de 36,81 euros. El 77,3% de las mujeres afirmó haber intentado dedicarse a otra actividad (Tabla 2).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Inmigrante		
Sí	99	90
No	11	10
Convivencia actual		
Sola	29	26,4
Acompañada	81	73,6
Con su pareja	27	33,4
Con familiares	19	23,4
Con amigos/conocidos	35	43,2
Hijos		
Sí	59	53,6
No	51	46,4
Nivel educativo		
Sin estudios	15	13,6
Primarios o secundarios	82	74,5
Universitarios/Formación Profesional (FP)	13	11,8
Recuerdos de su infancia		
Agradables ("feliz")	68	61,8
Desagradables ("traumática")	42	38,2

Tabla 1. Características socio-demográficas de nuestra muestra

	Rango	Máximo	Mínimo	Media	Desviación estándar
Edad de inicio	40	17	57	27,1	7,7
Tiempo en prostitución^{*1}	20	0	20	3,53	3,840
Días a la semana^{*2}	5	2	7	5,75	1,198
Horas al día	22	2	24	10,41	6,009
Servicios por jornada	24	1	25	4,54	4,336
Coste medio por servicio^{*3}	74	6	80	36,82	17,249
Lugar de ejercicio en el último año:	Frecuencias		Porcentajes (%)		
Club de ciudad	43		39,1		
Club de carretera	9		8,2		
Piso	36		32,7		
Calle	8		7,3		
Combinación de varios	14		12,7		
Ha intentado dedicarse a otra cosa:					
Sí	85		77,3		
No	25		22,7		

*1 Tiempo en el ejercicio de la prostitución en años.

*2 Días de ejercicio a la semana.

*3 Euros.

Tabla 2. Características laborales

Hábitos tóxicos

El tabaquismo estaba presente en el 61% de las mujeres, fumaban una media de 16,4 cigarrillos al día, oscilando entre 2 y 40. Un 14,5% consumía o había consumido alguna droga, al mismo porcentaje le habían obligado a ello. Lo más frecuente fue cocaína (43,4%).

Cribado de Ansiedad-Depresión

El porcentaje de diagnósticos de ansiedad fue del 53,6% y de depresión 56,4% (Tabla 3).

De las mujeres que presentaron un cribado positivo para ansiedad o depresión, aproximadamente el 88% eran inmigrantes, un 71% vivía acompa-

	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	SÍ 59 (53,6%)	NO 51 (46,4%)	SÍ 62 (56,4%)	NO 48 (43,6%)
Inmigrante				
• Sí	52 (88,1)	47 (92,2)	55 (88,7)	44 (91,7)
• No	7 (11,9)	4 (7,8)	7 (11,3)	4 (8,3)
Convivencia actual				
• Sola	17 (28,8)	12 (23,5)	18 (29)	11 (22,9)
• Acompañada	42 (71,2)	39 (76,5)	44 (71)	37 (77,1)
Hijos				
• Sí	30 (50,8)	29 (56,9)	34 (54,8)	25 (52,1)
• No	29 (49,2)	22 (43,1)	28 (45,2)	23 (47,9)
Recuerdos de su infancia				
• "Agradables"	36 (61)	32 (62,7)	37 (59,7)	31 (64,6)
• "Desagradables"	23 (39)	19 (37,3)	25 (40,3)	17 (35,4)
Nivel educativo				
• Sin estudios	6 (10,2)	9 (17,6)	6 (9,7)	9 (18,8)
• Primarios / secundarios	44 (74,6)	38 (74,5)	49 (79)	33 (68,8)
• Universitarios/FP*	9 (15,3)	4 (7,8)	7 (11,3)	6 (12,5)

Tabla 3. Perfiles de ansiedad o depresión según características socio-demográficas

ñada. Más de un 50% en ambos casos tenía algún hijo. Alrededor del 40% referían recuerdos desagradables de su infancia y entre un 74,6% y un 79% tenía estudios primarios o secundarios (Tabla 3).

En el análisis bivariante se encontró que las mujeres con un salario por servicio de 40 euros o menos tenían más riesgo de presentar depre-

sión (OR= 2,24; IC95%: 1,010-4,965) (Tabla 4).

No se observó asociación estadísticamente significativa entre el salario por servicio y la ansiedad. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa presentar ansiedad o depresión y tabaquismo, ni entre presentar un resultado positivo en la EADG y consumir alguna droga (Tablas 4 y 5).

	CRIBADO POSITIVO n (%)	CRIBADO NEGATIVO n (%)	p	OR (IC 95%)
Salario por servicio				
• < ó = 40 €	45 (72,6)	26 (54,2)	0,045	2,240 (1,010-4,965)
• 40 €	17 (27,4)	17 (27,4)		
Tabaquismo				
• Sí	38 (56,7)	29 (43,3)	0,926	1,037 (0,479-2,245)
• No	24 (55,8)	19 (42,2)		
Consumo de otras drogas				
• Sí	10 (62,5)	6 (37,5)	0,592	1,346 (0,452-4,007)
• No	52 (55,3)	42 (44,7)		

Tabla 4. Influencia del salario y las adicciones sobre DEPRESIÓN, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg

	CRIBADO POSITIVO n (%)	CRIBADO NEGATIVO n (%)	p	OR (IC 95%)
Salario por servicio				
• < ó = 40 €	41 (69,5)	30 (58,8)	0,243	1,594 (0,726-3,500)
• 40 €	18 (30,5)	21 (41,2)		
Tabaquismo				
• Sí	36 (53,7)	31 (46,3)	0,98	1,01 (0,469-2,176)
• No	23 (53,5)	20 (46,5)		
Consumo de otras drogas				
• Sí	9 (16,1)	7 (43,8)	0,821	1,131 (0,389-3,291)
• No	50 (53,2)	44 (46,8)		

Tabla 5. Influencia del salario y las adicciones sobre ANSIEDAD, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg

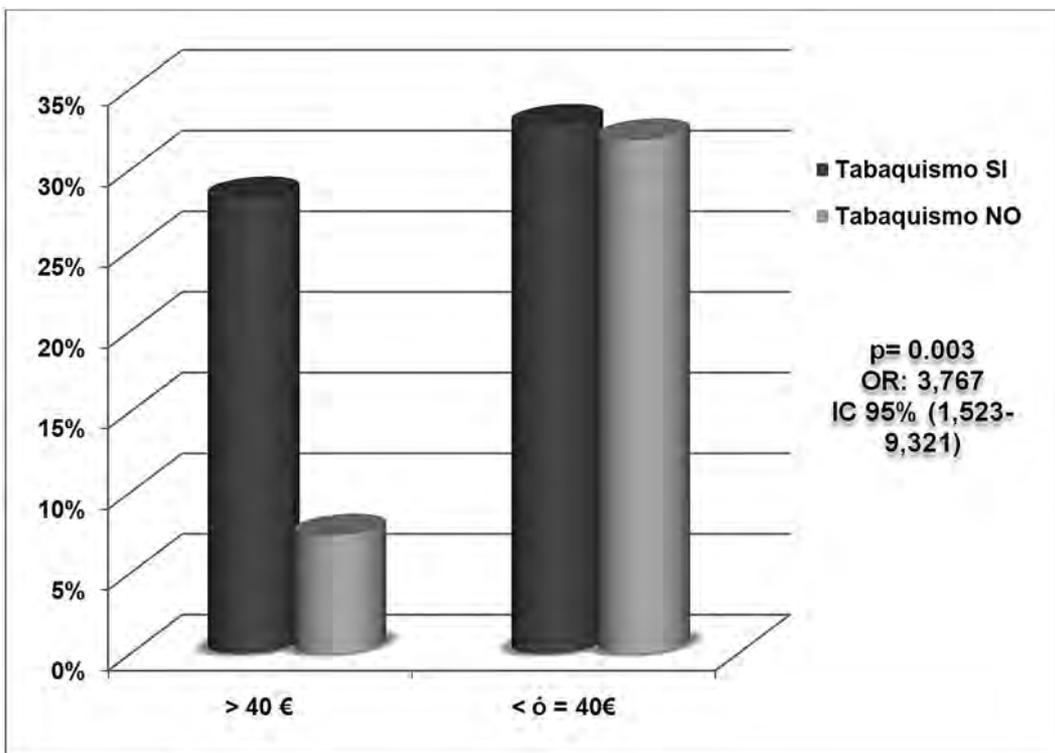


Figura 1. Influencia del salario por servicio en el hábito tabáquico

En cuanto al análisis bivariante sobre tabaquismo, la mayoría eran mujeres con una edad igual o menor a 25 años, con el graduado escolar (74,6%) y con recuerdos de una infancia agradable (64,2%). Las mujeres con un salario de más de 40 euros por servicio presentaron mayor riesgo de tabaquismo (OR= 3,767; IC95%: 1,523-9,321) (Figura 1).

DISCUSIÓN

Las características de las personas de nuestro trabajo fueron muy similares a la de otras investigaciones sobre prostitución. Se trataba de mujeres jóvenes (1,9,10) y en su mayoría inmigrantes (11).

En cuanto a la prevalencia de hábitos tóxicos, se observó un alto porcentaje de mujeres fumadoras, casi el triple que en la población general

según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2013 (12). En cuanto a adicción a otras drogas, predominó el consumo de cocaína aunque en menor porcentaje que en un estudio realizado en Madrid y otro que abarcaba una muestra distribuida por seis ciudades españolas (9,4). En éstos, el porcentaje superaba el 50% hablándose de un uso exclusivo durante las horas de trabajo (9). En nuestro estudio llama la atención que el número de mujeres que había tomado alguna droga coincidía con aquellas a las que se les había obligado a consumirla durante las horas de trabajo.

En este estudio se encontró que más de la mitad de las mujeres presentaban síntomas de ansiedad o depresión. Vecina et al, destacaban que la situación de escasa satisfacción en la que se encuentran las mujeres inmigrantes que no trabajan, les puede conducir a cierto grado de

frustración (13). Las mujeres que se ven abocadas a vivir de los ingresos económicos que les aporta la prostitución, presentan un riesgo mucho mayor de desarrollar depresión (5). Para el trastorno depresivo, nuestros datos son similares a los de un estudio desarrollado en Lima (Perú) (1). Más bajas que otro llevado a cabo en Nepal, en el que se observaron porcentajes muy elevados de ansiedad y depresión, aunque se trataba de mujeres que habían sido víctimas de "trata de blancas" (14). Otro estudio realizado en Moldavia aportaba datos muy bajos de ansiedad y depresión, aunque incluía también el trastorno de estrés postraumático con un 54% de casos. Al igual que en nuestro trabajo, el porcentaje era mayor en mujeres con menor nivel de estudios y que vivían solas (10).

Respecto al salario, la información obtenida fue la del salario medio por servicio. Al relacionar éste con el diagnóstico de depresión se observó una asociación estadísticamente significativa entre los sueldos más bajos y la depresión. No ocurrió lo mismo en el caso de ansiedad, donde no se encontró significación estadística. En el estudio realizado en Lima, también se relacionó el menor salario con mayor prevalencia de depresión (1). Según la Encuesta Andaluza de Salud sobre población general, en 2011, la prevalencia de ansiedad y/o depresión aumentaba en mujeres con ingresos económicos inferiores a los mil euros mensuales y sin estudios (15).

Un aspecto relevante en este tema es la asociación de sustancias psicoactivas con los trastornos de ansiedad y depresión. Varios son los estudios revisados en los que se ha visto la influencia recíproca entre ambos (1,6,16). Becoña et al, describieron la relación entre tabaquismo y depresión, y entre tabaquismo y ansiedad, explicando el efecto de la nicotina como antidepressivo natural o como posible modulador del humor en fumadores (6). En otro trabajo realizado en Miami, se observó que las mujeres drogodependientes presentaban una probabilidad ocho veces mayor de padecer un trastorno mental grave (síntomas graves de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático) cuando consumían estas sustancias, principalmente cocaína (16). En el estudio de Lima, comentado anteriormente, se observó también asociación estadísticamente significativa entre presencia de síntomas depresivos y uso de drogas (1). En el nuestro no se

encontró asociación entre consumo y ansiedad o depresión.

Dado que el porcentaje de adicciones y de trastorno ansioso o depresivo es alto, parece importante seguir investigando acerca del estado emocional de estas mujeres, toda vez que el propio ejercicio de la prostitución y su estigmatización, con frecuencia desemboca en un aislamiento social, complicando aún más los diagnósticos en cuanto a salud mental se refiere y en consecuencia, a las alternativas de tratamiento (5).

En este estudio se encuentran algunas limitaciones. Con respecto a las mujeres incluidas, como ya se ha indicado, la mayoría ejercen en clubes de ciudad y pisos, es decir, se trataba de personas que podían dedicar un tiempo a la realización de la entrevista. Sin embargo, por el contacto con las asociaciones, se sabe que hay mujeres que ejercen la prostitución en zonas más marginales como pueden ser cortijadas y zonas de invernaderos, cuya situación probablemente sea más precaria. Tanto para estas mujeres, como en general, para todo este colectivo, sería conveniente poder llevar a cabo algún tipo de estudio más adaptado a las condiciones de este grupo de población, como puede ser de tipo cualitativo, que permita conocer mejor la situación socio-sanitaria.

Por último y como conclusiones, el porcentaje de mujeres estudiadas que fuman es alto, asociándose éste con unos ingresos económicos mayores. Así mismo, un porcentaje elevado de mujeres presentan ansiedad o depresión, estando esta última relacionada con menor salario por servicio.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este estudio quieren expresar su gratitud a las Asociaciones nombradas en el artículo, por su ayuda en el desarrollo de este trabajo, y a las mujeres entrevistadas, por su disponibilidad para colaborar.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez IM, Caballero S, Carrera L, Chávez R, Espinoza R, Flores L et al. Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *An Fac Med.* 2010;71(4):277-82.
2. Andreu J, Pons D, Sarabia S, Andrés V, Veiga A, Domínguez M et al. Aspectos psicosociales y salud mental en la prostitución femenina: emigración y prostitución (Internet). Valencia: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); 2007 (acceso 30 de noviembre de 2009). Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/2007/resumen%20web696.pdf
3. Romero M, Rodríguez EM, Durand-Smith A, Aguilera RM. Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Según parte. *Salud Mental* 2004; 27:73-84.
4. Meneses C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Rev Esp Drogodep.* 2010; 35:329-344.
5. Anklesaria A, Gentile JP. Psychotherapy with women who have worked in the "Sex Industry". *Innov Clin Neurosci.* 2012; 9:27-33.
6. Becoña E, Míguez MC. Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología.* 2004; 1: 99-112.
7. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes de Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2009; 132:385-388.
8. López AN, De Jaén S, Robledo A, Barrera E, Del Río L, Sánchez R. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria. *Semergen.* 2008; 34: 3-6.
9. Meneses C. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gac Sanit.* 2007; 21:191-6.
10. Abas M, Ostrovschi NV, Prince M, Gorceag VI, Trigub C, Oram S. Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 204.
11. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S et al. Condiciones socio-laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit.* 2004; 18:177-83.
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [base de datos en internet]. Madrid: INE; 2013; [marzo 2014; citado 11 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
13. Vecina C, Ballester L. Mujeres inmigrantes prostitutas: la configuración de un autoconcepto. *Aposta (revista en internet)* 2005 mayo (consultado 11 agosto 2014); 18:1-13. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/vecina2.pdf>
14. Tsutsumi A, Izutsu T, Poudyal AK, Kato S, Marui E. Mental health of female survivors of human trafficking in Nepal. *Soc Sci Med.* 2008; 66:1841-7.
15. Encuesta Andaluza de Salud 2007-2011. Elaboración: Servicio Epidemiología y SL. S.G. de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/&idioma=es&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta
16. Surrat HL, Kurtz SP, Chen M, Moos A. HIV risk among female sex workers in Miami: The impact of violent victimization and untreated mental illness. *AIDS Care.* 2012; 24:553-561.

ANEXO 1

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Escala E.A.D.G. (GOLDBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1993).

Se deben realizar las preguntas en el contexto de la última semana y responder sí o no.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: $> 0 = 4$

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

10. ¿Se ha sentido con poca energía?
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: $> 0 = 2$

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Prescripción de fármacos en personas ancianas. Análisis de la situación desde atención primaria

García Sánchez T¹, López Rivero C², López-Sidro Ibáñez R², Aguirre Rodríguez JC³

¹Médico de Familia. UGC Santa Fe. Distrito Granada/Metropolitano (Granada)

²Residente MF. UGC Casería de Montijo. Distrito Granada/Metropolitano (Granada)

³Médico de Familia. UGC Casería de Montijo. Distrito Granada/Metropolitano (Granada)

Envejecemos, y en España aproximadamente un 17% de la población es mayor de 65 años. En los últimos años se ha observado un aumento del consumo de fármacos a expensas de los pacientes de esta franja de edad, los cuales llegan a tomar una media de 4,5 a 8 fármacos distintos por persona y día (1-3). Esto supone, no solo el 70% del gasto farmacéutico global, sino también un 14 % de los ingresos hospitalarios en personas mayores por iatrogenia o efectos adversos (4-5). Como médicos de Atención Primaria nos debemos de plantear si nuestros pacientes están adecuadamente tratados y si la medicación que toman les supone un beneficio real para su salud, pues los fármacos no son inocuos y pueden desencadenar reacciones adversas innecesarias (6).

INTRODUCCIÓN

Generalmente el acto médico suele ir unido a la prescripción farmacológica incluso de varios medicamentos dependiendo del motivo de consulta. El profesional en ocasiones y por distintos motivos, no insiste en el consejo dietético el cual es crucial para el buen control de determinadas enfermedades crónicas como pueden ser la diabetes, la hipertensión o la dislipemia.

Analizando distintos estudios observacionales, se llega a la conclusión de que la prescripción se ha triplicado sin que este aumento del consumo de medicamentos se correlacione con un empeoramiento de los estándares de salud poblacional. Así pues, de 3 fármacos distintos por persona y día se ha pasado a más de 8 fármacos, llegando incluso hasta 18 fármacos diferentes en determinados casos (7). Con este cambio tan sustancial no es raro que los pacientes, o los cuidadores, acudan a la consulta para que les expliquemos cómo deben de tomar su medicación. Las personas polimedizadas tienen más riesgo de incumplimiento, equivocaciones, iatrogenia e interacciones entre los distintos medicamentos que toman. (8, 9)

CONDICIONES DEL AUMENTO DEL CONSUMO DE MEDICACIÓN

Son varios los motivos que han hecho que nuestra población consuma más medicamentos. Destacamos, entre otros, los siguientes:

1. La edad: con el aumento de la esperanza de vida, nuestro modelo demográfico ha pasado de ser piramidal a un modelo en campana típico de los países en regresión. Existe más población anciana que vive más años y que consume más fármacos por sus procesos crónicos. Además los mayores de 65 años suelen ser los pacientes más hiperfrecuentadores (más tiempo para ir a la consulta, buen acceso a los servicios sanitarios...) llegando incluso a acudir por el mismo motivo a distintos médicos que realizan varias prescripciones. Un

Correspondencia: J. Carlos Aguirre Rodríguez
UGC Casería de Montijo
Cta. Jaén, s/n
18013 Granada
E-mail: jcaguirre30@hotmail.com

Recibido el 27-03-2014; aceptado para publicación el 03-04-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 208-215

ejemplo muy claro de ello puede ser el anciano que acude a nuestra consulta por un cuadro de gastroenteritis; en este acto médico le recomendamos dieta blanda e hidratación. Más tarde, acude a las urgencias del centro de salud y le recomiendan un antiemético y un espasmolítico. Su hija, que vive cerca del centro, lo lleva de nuevo por la noche *"no vaya a ser que empeore"* y le prescriben loperamida *"por si tiene diarrea"* y metamizol *"por si continua con molestias"*. Nuestro paciente simplemente tenía una gastroenteritis y al final, tras 3 consultas médicas acaba con 4 medicamentos diferentes. Con la hiprefrecuentación, al aumentar el número de posibles prescriptores, aumenta el riesgo de duplicidades de los tratamientos (10)

2. Comorbilidad: en geriatría se debe de identificar el proceso etiológico fundamental y seleccionar qué enfermedades son realmente tratables y qué medicamentos pueden descompensar enfermedades de base de nuestros pacientes (11).

3. Sexo: las mujeres por presentar mayor esperanza de vida y por ser más demandantes en las consultas, consumen más medicamentos que los hombres en su mismo grupo de edad (12, 13) .

4. Pacientes institucionalizados: presentan un consumo que triplica al de los pacientes que viven en sus domicilios.

5. Automedicación: los pacientes ancianos, por su pluripatología, percepción de su salud, la alta expectativa de bienestar relacionado con el consumo de medicinas... consumen más medicamentos que el resto de la población.

6. Profesional sanitario: los factores que influyen en la prescripción y que dependen del médico, se relacionan con su edad, su formación, sus objetivos terapéuticos y si realiza periódicamente revisión de botiquines caseros, para suspender aquellas medicinas innecesarias que han podido ser indicadas por otros especialistas.

7. Condicionantes externos: es innegable que la presión social y la publicidad de la industria farmacéutica influyen en el aumento de consumo de fármacos (antigripales, mucolíticos...). Una inefectiva colaboración del farmacéutico (14) también puede dificultar el seguimiento de nuestros enfermos (facilitar medicación sin receta, suministrar principios activos con distinta presentación...).

USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN GERIATRÍA

En ocasiones, el profesional sanitario se encuentra ante una encrucijada pues, si sigue al pie de la letra las guías clínicas, está obligado a convertir a sus pacientes en polimedicados: imaginemos una mujer de 67 años, obesa, diabética, hipertensa, que sufrió un dolor anginoso hace 2 años, y posteriormente presentó una fibrilación auricular. Por si fuera poco, además está deprimida, y diagnosticada de osteoporosis. Como mínimo, tendríamos que recetarle 10 fármacos diferentes para realizar una prevención secundaria (metformina asociada o no a otro ADO y/o insulina, IECA, beta-bloqueante, hipolipemiantes, anticoagulantes o antiagregante, omeprazol, antidepressivo y/o ansiolíticos, bifosfonato, calcio...). ¿Es esto realmente bueno para nuestros pacientes?

Un aspecto importante a la hora de usar las guías, es que tenemos que tener en cuenta que se elaboran en función de distintos ensayos clínicos en los que los participantes son "ideales" (poco deterioro cognitivo, poco obesos, poco medicados, poco incumplidores...). Los ancianos no suelen formar parte de estos ensayos pues su seguimiento es difícil y pueden modificar los resultados. Por ejemplo, sabemos que el cáncer de mama es más prevalente en pacientes mayores de 65 años y sin embargo esta franja de edad solo representa el 10% del total del tamaño muestral del estudio.

Con las guías se pretenden estandarizar los tratamientos de las distintas enfermedades con el fin de evitar la variabilidad, tanto clínica como terapéutica y conseguir un beneficio inherente al tratamiento. Sin embargo, en los ancianos, debemos de tener prudencia pues se desconoce el efecto de la mayoría de tratamientos a largo plazo. (15-16)

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y FÁRMACOS MÁS PRESCRITOS

En los ancianos, las enfermedades cardiovasculares (17) son las más prevalentes y suponen el 39 % de los ingresos en las unidades de Medicina Interna (18) .De estos ingresos un 19% son por insuficiencia cardiaca, un 15% por neumonías y

un 9% por reagudización de EPOC. Los fármacos más consumidos son los antihipertensivos (51%), los antiulcerosos (42%) y las benzodiazepinas (41%), seguidos de antiagregantes y broncodilatadores (18-20).

Sin embargo, en Atención Primaria, los fármacos más recetados son el enalapril, el paracetamol, los IBP (21) y las benzodiazepinas seguidos de los antiinflamatorios y antibióticos.

Con respecto a los IBP, no debemos de olvidar que éstos estarían indicados (22-23) para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal, esofagitis por reflujo y síndromes con hipersecreción. Se usan como profilaxis de la úlcera por estrés y asociados a la prescripción de AINES y antiagregantes. Sin embargo, al revisar los botiquines, encontramos que aproximadamente un 34% de los pacientes que tomaban IBP lo hacían fuera de estas indicaciones (18). Se ha observado que desde los años 90, el consumo de IBP ha aumentado hasta un 370 % (24).

Otro grupo ampliamente prescrito son las benzodiazepinas. Del 45 al 75% son indicadas por el médico de familia (25). Su aumento de consumo puede ser debido fundamentalmente a los siguientes aspectos:

1. *La baja tolerancia al malestar general y emocional* (10): las personas ante situaciones de leve stress o ansiedad que incluso son normales en nuestro estilo de vida, demandan medicación (“prescríbame algo para estar tranquilo en el examen de conducir...”, “deme algo para poder dormir que mañana tengo un examen”...). Olvidamos que con técnicas conductuales, apoyo social o con higiene del sueño podríamos afrontar estas situaciones sin necesidad de medicamentos.

2. *Medicalización de la sociedad*: nuestros pacientes pueden llegar a pensar que todo lo que perciben como malo puede tener una solución farmacológica e inmediata sin percatarse de que estas percepciones pueden ser consecuencias normales del envejecimiento. Ocurre, por ejemplo, en la artrosis y en el insomnio fisiológico (“vengo a que me ponga las pastillas para el dolor de huesos que le ha puesto a mi vecina y de paso algo para el sueño ya que sólo duermo 6 horas”).

3. *Fácil acceso a los servicios sanitarios*: hoy en día es muy fácil acceder a una consulta médica

.El problema puede ser la falta de control y de registro. Actualmente hemos mejorado, pues podemos acceder a las historias informatizadas tanto de Atención Primaria como de las urgencias del centro de salud y hospitalarias. El conocer el motivo de consulta, el diagnóstico y lo prescrito nos ayuda a no repetir tratamientos en hiperfrecuentadores. El típico y frecuente caso es el del paciente que, alegando agotamiento de su medicación, solicita benzodiazepinas en distintos puntos de urgencias.

4. *Cada vez hay más patologías* donde las benzodiazepinas “podrían” estar indicadas ya que su valoración y efectividad se basa más en la subjetividad, que en razones puramente clínicas.

5. *Falta de tiempo en consulta*: es más rápido prescribir que escuchar e intentar llegar a la causa que produce el disconfort.

6. *Perfil del usuario*: el nivel sociocultural y económico influye en las expectativas de la salud de nuestros pacientes, que en ocasiones pueden ser hasta erróneas y presionarnos para que realicemos prescripciones que no están indicadas.

7. *Las benzodiazepinas son eficaces y baratas* (26).

Por tanto, aunque las prescripciones más frecuentes se adecúan a las patologías más prevalentes, no parece existir un uso totalmente racional de los fármacos más consumidos (antiulcerosos y psicótropos).

POLITERAPIA

De forma general, y sin un claro consenso para ello, el término de paciente polimedcado abarca, no sólo a aquel paciente que toma 4 o más fármacos, sino también a aquél que tiene prescritos más fármacos de los que clínicamente están indicados; o que tiene un régimen terapéutico con al menos un fármaco innecesario. Esta definición puede crear polémica pues algunos pacientes precisan más de 4 fármacos para el control de sus enfermedades. En contrapartida, el 61% de los pacientes que viven en su domicilio y hasta el 97% de los que están institucionalizados, consumen al menos un fármaco inapropiado o inadecuado (27, 28).

El anciano es un paciente especialmente predisuesto a padecer reacciones adversas a fármacos. Con la "prescripción en cascada" se intenta tratar con un nuevo fármaco los efectos provocados por otros. Por ejemplo prescribir antidiabéticos para la hiperglucemia generada por los diuréticos, metoclopramida para las náuseas provocada por los derivados opiáceos o muscarínicos para la incontinencia inducida por los diuréticos.

Es evidente que cuanto mayor sea el número de fármacos que toman nuestros pacientes, más difícil es la elaboración y seguimiento de sus historias clínicas, y la realización de una prescripción adecuada. Por otra parte, la politerapia no favorece el cumplimiento terapéutico, ya que implica posologías complejas, mayor riesgo de reacciones adversas y un mayor coste. Y, aunque parezca paradójico, la politerapia también se relaciona con una infraprescripción.

Los antihipertensivos (29, 30) y los anticoagulantes (31, 32) son los fármacos donde más claudicación terapéutica existe por parte de nuestros pacientes debido a sus reacciones adversas. En contrapartida, y a pesar de que provocan abundantes hemorragias digestivas (650 casos por millón de personas/año) (33), los AINES son los fármacos menos abandonados por los enfermos. Incluso muchos pacientes con hemorragias digestivas, continúan tomándolos sin asociarlos a la toma de un IBP (18) a pesar de su clara indicación en la profilaxis de las úlceras gastroduodenales inducida por los AINES (34, 35)

En el 15-20 % de los ancianos ingresados, se puede producir un síndrome confusional agudo asociado a la toma de medicamentos psicoactivos o a las alteraciones iónicas que originan los diuréticos (36, 37)

INFRAUTILIZACIÓN DE FÁRMACOS

Tan perjudicial puede ser la utilización de un fármaco no necesario como la no prescripción de otro que sea beneficioso para la salud de nuestros pacientes. Se ha observado cómo determinados medicamentos beneficiosos para la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica (antiagregantes, betabloqueantes, trombolíticos, estatinas...) se recetan menos en pacientes mayores de

65 años que en los más jóvenes (14). Así pues, en estos casos, solo un 10% de pacientes mayores de 75 años toman estatinas (38). Algo similar ocurre con la anticoagulación oral en personas con fibrilación auricular, a pesar de que esté demostrado que disminuye el riesgo de ictus en un 62% con respecto a placebo. El médico de Atención primaria también es más laxo en las cifras de control de la tensión arterial de los ancianos, modificando sólo en uno de cada cuatro casos el tratamiento de los pacientes mal controlados (39).

PRESCRIPCIÓN ADECUADA

Para un uso racional del medicamento, tenemos que ser estrictos y rigurosos a la hora de prescribir. Antes de iniciar o continuar nuevos tratamientos, debemos de tener en cuenta una serie de recomendaciones:

1. El fármaco en cuestión, ¿tiene alguna utilidad? Entre un 46%-94% de nuestros pacientes mayores de 65 años consume al menos un fármaco con un escaso valor terapéutico (40). Ello supone hasta un 16 % del gasto total. Una muestra de esto sería la administración de vasodilatadores periféricos cuyo uso es mucho más prevalente en ancianos institucionalizados (41, 42).

2. ¿Necesita nuestro paciente este fármaco, o se puede prescindir de él sin afectar a su estado previo? Los ancianos pueden tomar fármacos sin indicación clínica por muy diferentes motivos: tratamiento de síntomas propios de la edad, deseo injustificado de prevenir enfermedades, renovación "automática" de recetas, uso de medicamentos como placebo, etc. Hay que evitar las indicaciones mal definidas, como por ejemplo usar diuréticos para el edema postural, indicar el uso continuo de sulfpiride para tratar "mareos" inespecíficos, o el consumo de cinitaprida u omeprazol de forma crónica para tratar la dispepsia, entre otros(10-14).

3. ¿Es adecuado el consumo de este fármaco en este paciente? Un fármaco no adecuado es potencialmente peligroso, y además podemos evitar su uso al existir otras alternativas menos perjudiciales e igualmente efectivas. Farmacodinámicamente los ancianos, presentan mayor permeabilidad hematoencefálica, más respuesta

ortostática a los hipotensores y modificaciones cuantitativas y cualitativas de los receptores y de los neurotransmisores (11). Los medicamentos considerados, más frecuentemente, como inadecuados son los psicótropos (neurolépticos, antidepresivos e hipnóticos), seguidos de los analgésicos y de la digoxina (11, 43, 44).

A pesar de estos consejos, hay estudios que demuestran que el 52.3% de la población toma algún fármaco no indicado, no recomendado o con baja utilidad terapéutica (43).

REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

Los médicos debemos de revisar de forma continua los tratamientos para intentar eliminar las prescrip-

ciones que son inadecuadas, según las condiciones actuales de salud de los pacientes (“desprescribir”). Son pocos los medicamentos que causan problemas en los ancianos por ser peligrosos en sí mismos, ya que cuando generan algún efecto adverso es porque son prescritos, dosificados, tomados o controlados de forma inadecuada (45).

Se pueden elaborar listas de fármacos inadecuados para los ancianos. Las más conocidas a nivel de su uso en las residencias, pero que también son aplicables a las consultas de atención primaria, son los criterios de Hanlon (27) (Tabla 1) y Beers (28) (Tabla 2).

Otros criterios, como el STOPP-START (“detener”-“empezar”), están organizados por sistemas fisiológicos y recogen los errores más frecuentes tanto de prescripción inadecuada como de omisión (46, 47).

<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos: Clorfeniramina, dexclorferinamina, difenhidramina, prometazina. • Antiagregantes: Ticlopidina y dipiridamol. • Cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> ○ Antihipertensivos: alfametildopa, reserpina, propranolol (poco selectivo e importantes efectos sobre SNC), hidroclorotiazida (dosis > 50mg/día) ○ Vasodilatadores periféricos: ergotamina, pentoxifilina ○ Antiarrítmicos: digoxina (> 0.125 mg/día, excepto en fibrilación auricular) • Psicótropos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Benzodiazepinas de vida media corta y larga: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corta: oxazepam, triazolam, alprazolam... Usar sólo en casos necesarios y siempre menos de 4 semanas ▪ Larga: diazepam, flurazepam... No utilizar nunca ○ Antidepresivos: amitriptilina, imipramina, doxepina (por sus efectos anticolinérgicos) ○ Antipsicóticos: haloperidol y tioridazina. ○ Combinación de antidepresivos y antipsicóticos ○ Barbitúricos (excepto fenobarbital) ○ Narcóticos: meperidina, pentazocina, propoxifeno. • Aparato digestivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anti H2: raitidina a dosis de > 300 mg/día, y tratamientos > 12 semanas ○ Antiespasmódicos: Debe de evitarse su uso prolongado • Hipoglucemiantes: clorpropamida. • Antiinflamatorios: Indometacina (reacciones tóxicas sobre SNC), ketorolaco, piroxicam, fenilbutazona, ácido mefenámico.
--

Tabla 1. Medicamentos inapropiados para el anciano (27,53)

FÁRMACOS	PATOLOGÍA
AINEs	Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal, HTA, úlcera péptica
Alfa-bloqueantes	Incontinencia urinaria
Antagonistas Ca	Insuficiencia cardiaca
Antihistaminicos	HBP, estreñimiento
Antiespasmódicos	HBP, estreñimiento
ADT	HBP, estreñimiento y glaucoma
AAS	Úlcera péptica
Benzodiazepinas	Demencia, síncope
Beta-bloqueantes	Asma, Insuficiencia cardiaca, diabetes, Raynaud, EPOC, Enfermedad vascular
Clorpromazina	Convulsiones, Hipotensión postura
Clozapina	Convulsiones
Corticoides	Diabetes
Diuréticos tiazídicos	Gota
IMAOs	Insomnio
ISRS	Insomnio
Metoclopramida	Convulsiones
Narcóticos	HBP, estreñimiento
Miorrelajantes	Insomnio
Sedantes-Hipnóticos	EPOC
Suplementos de K	Úlcera péptica
Teofilina	Insomnio

Tabla 2. Efectos adversos en ancianos, relacionados con su patología de base (28)

Es obvio que estas listas y criterios se deben considerar como material de apoyo en la consulta y el que debe de indicar u omitir una prescripción, debe de ser cada momento, el médico encargado del seguimiento y control de las enfermedades de sus pacientes

CONCLUSIÓN

Como médicos de Atención Primaria debemos tener una visión global de nuestro paciente y ajustar la prescripción a las necesidades de los enfermos en ese preciso instante temporal o contexto. Tan importante es que el paciente tenga pautada la medicación que precise, como eliminar los fármacos innecesarios y que suponen un

riesgo potencial para su salud o el cumplimiento de su régimen terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Law R, Chalmers C. Medicines and elderly people: a general practice survey. *BMJ*. 1976; 1: 565-568.
2. Graves T, Hanlon JT, Schmader KE, Landsman P. Adverse events after discontinuing medications in elderly out patients. *Arch Intern Med*. 1997; 157: 2205-2210.
3. Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Ponce J. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. *An Med Intern*. 2004; 21: 69-71.

4. Garijo B, De Abajo FJ, Castro MAS, Lopo C. Hospitalizaciones motivadas por fármacos: un estudio prospectivo. *Rev Clin Esp.* 1991; 188: 7-12.
5. Alcalde P, Dapena MD, Nieto MD, Fontecha BJ. Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos a medicamentos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001; 36: 340-344.
6. Linton A, Thomas A, Bacon TA, Trice S, Devine J, Cottrell L et al. Results from a mailed promotion of medication reviews among department of defense beneficiaries receiving 10 or more chronic medications. *J Manag Care Pharm.* 2010;16:578-92.
7. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polipharmacy, adverse drugs and potential adverse drugs interactions in elderly. *Ann Emerg Med.* 2001; 38: 666-671.
8. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de una misma moneda? *Pharm Care Esp.* 2011;13:23-29.
9. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007; 48:5-17.
10. Blasco F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2005; 29: 152-162.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: 146-156.
12. Wilcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA.* 1994; 272: 292-296.
13. Mayer-Oakes SA, Kelman G, Beers MH, De Jong F. Benzodiazepine use in older, community-dwelling southern californians: prevalence and clinical correlates. *Ann Pharmacother.* 1993; 27: 416-421.
14. Veiga F. Fragilidad y polifarmacia. *7 DM.* 2011; 830: 37-42.
15. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med.* 2004; 351: 27.
16. Boyd CM, Darer J, Boulton C. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *JAMA.* 2005; 294: 716-724.
17. Molina López T, Juan Camacho JC, Palma Morgado D, Caraballo Camacho M, Morales Serna JC, López Rubio S. Revisión de la medicación en ancianos polimedcados en riesgo vascular: ensayo aleatorizado y controlado. *Aten Primaria.* 2012.
18. Blasco F. Sobremedicación de los pacientes ancianos. Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. Madrid: universidad Autónoma; 2005. p. 123pp.
19. Rodríguez-Vera FJ, Marín Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). *An Med Intern.* 2003; 20: 297-300.
20. Onder G, Pedonde C, Landi F, Cesari M, et al. Adverse drugs reactions as cause of hospital admissions: Results from the Italian Group of pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA). *JAGS.* 2002; 50: 1962-1968
21. Tomás MT, Centelles F, Valeo C, Alcalá H. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria.* 1999; 23: 121-126.
22. Flórez J. Farmacología de la secreción del aparato digestivo. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología Humana.* Barcelona: Eds. Masson-Salvat; 1992. p. 679-692
23. Lu WY, Rhoney DH, Boling WB, Johnson JD, Smith TC. A review of stress ulcer prophylaxis in the neurosurgical intensive care unit. *Neurosurgery.* 1997; 41: 416-425.
24. Carvajal A, García del Pozo J, Del Olmo L, Rueda AM. Consumo de fármacos antiulcerosos en España. *Aten Primaria.* 1999; 23: 218-221.
25. Escribá R, Pérez L, Lumbreras C, Molina J, Sanz T, Corral MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria.* 2000; 25: 107-110.
26. Gómez MJ, Baidés C, Martínez J, Fernández T. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un study Delphi en atención primaria. *Aten primaria.* 2002; 30: 297-303
27. Hanlon JT, Shimp LA, Semla TP. Recent advances in geriatrics: Drug-related problems in the elderly. *Ann Pharmacother.* 2000; 34: 360-365.

28. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medications use by the elderly: An uptake. *Arch Intern Med.* 1997; 157: 1531-1536.
29. Brawn LA, Castleden CM. Adverse drug reactions: An overview of special considerations in the management of the elderly patients. *Drug Safety.* 1990; 5: 421-435.
30. Rochón PA, Anderson GM, Tu JV. Age and genderrelated use of low dose drug therapy: The need to manufacture low-dose therapy and evaluate the minimum effective dose. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47: 954-959.
31. Kearon C, Ginsberg JS, Kobacs MJ, Anderson DR. Comparison of low-intensity warfarin therapy with conventional-intensity warfarin therapy for long-term prevention of recurrent venous thromboembolism. *N Engl J Med.* 2003; 349: 631-639.
32. Beyth RJ, Quinn LM, Landerfeld CS. Prospective evaluation of an index predicting the risk of major bleeding in out patients treated with warfarin. *Am J Med.* 1998; 105: 91-99.
33. Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesic and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet.* 1991; 337: 85-89.
34. Whitaker M. Proton pump inhibitors in the elderly population. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002; 14 (Suppl 1): 5-9.
35. Lazzaroni M, Bianchi Porro G. Treatment of peptic ulcer in the elderly. Proton pump inhibitors and histamine H2 receptor antagonists. *Drugs Aging.* 1996; 9: 251-261
36. Tueth MJ, Cheong JA. Delirium: Diagnosis and treatment in the older patient. *Geriatrics.* 1993; 48: 75-80.
37. Alonso-Vega G, Martí L. Tratamiento del síndrome confusional agudo. *JANO.* 2002; 62: 33-37.
38. Aronow WS, FrishmanWH, Cheng-Lai A. Cardiovascular drug therapy in the elderly. *Cardiol Rev.* 2007; 15 (4): 195-215.
39. Spinewine A, Schmader KE, Barber N. Appropriate prescribing in elderly people: How well can it be measured and optimised? *Lancet.* 2007; 370: 1173-1184.
40. Fidalgo ML, Molina T, Millán F, Orozco P. Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos. Comparación con ancianos ambulatorios. *MEDIFAM.* 2001; 11: 73-82.
41. Besco E, Pérez M, Torrent M, Llach A. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria.* 1998; 22: 227-232.
42. Beers M, Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE. Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. *JAMA.* 1988; 260: 3016-3020.
43. Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med.* 2000; 109: 87-94
44. Pittrow D, Krappweis J, Rentsch A, Schindler C. Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German nursing homes. *Pharmacoepidem Drug Safety.* 2003; 12: 595-599.
45. Delgado E, Muñoz M, Montero B. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44: 273-279.
46. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, et al. STOPP/START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatric Med.* 2010; 1:45-51.
47. LeSage J. Polipharmacy in geriatric patients. *Nurs Clin North Am.* 1991; 26: 273-290.
48. Ostrom J, Hammarlund E, Christenses D. Medication usage in elderly population. *Med Care.* 1985; 23: 157.
49. Sung JJ. The role of acid suppression in the management and prevention of gastrointestinal hemorrhage associated with gastroduodenal ulcers. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003; 32 (3suppl): 11-23.
50. Jung R, McLaren R. Proton-pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. *Ann Pharmacother.* 2002; 36 (12): 1929-1937.
51. Holbrook AM, Wells PS, Crowther NR. Pharmacokinetics and drugs interactions with warfarin. Empoller L, Hlrsh J Eds. *Oral anticoagulants.* Londres. Arnold. 1996: 30-48.
52. Sorensen L, Foldspang A, Gulmann C, Munk-Jorgensen P. Determinants for the use of psychotropics among nursing home residents. *Intern J Geriat and Psychiatry.* 2001; 16: 147-154.
53. Laroche ML, Charles JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate medications in the elderly. *Clin Pharmacol Ther.* 2009; 85:94-97.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Evidenciando la rentabilidad del enfoque multidisciplinar en el proceso de diabetes y en su defecto en el HALLUX RIGIDUS

Juárez Jiménez M^aV¹, De La Cruz Villamayor JA², Baena Bravo AJ³

¹Médico de familia. Centro de Salud Mancha Real (Jaén)

²Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real). Podólogo

³Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Mancha Real (Jaén). Podólogo

INTRODUCCIÓN

El abordaje multidisciplinar, compuesto por sanitarios de diferentes categorías profesionales, hace más adecuado e integral el proceso de diabetes tanto en su seguimiento, control de complicaciones y manejo de un paciente crónico; permitiéndonos diagnosticar el hallux rigidus en estos pacientes. El hallux valgus, hallux limitus, pie cavo, deformación en equino, rigidez generalizada del pie y onicogriposis son deformidades estructurales que se ven favorecidas por la neuropatía diabética motora.

Esta revisión bibliográfica ha sido resultado de varios factores: la comunicación e interrelación entre servicio de enfermería y medicina, la exploración del pie por servicio de enfermería mediante diapasón, monofilamento, inspección, posición y apoyo pie..., el relacionar síntomas del paciente con posibles patologías y el seguimiento evolutivo de los signos del hallux rigidus. Las alteraciones estructurales de los dedos del pie y su movilidad articular limitada en casos de hallux rigidus, disminuyen la capacidad del pie para absorber y redistribuir las fuerzas transmitidas por el impacto sobre el suelo al caminar, provocando una reducción del movimiento y

cambios en el ángulo de la primera articulación metatarsofalángica y subastragalina, que favorece la posición equina del antepié, y colapsa la fascia plantar. Los dedos en garra provocan que la prominencia de las cabezas metatarsales en la cara plantar, desplace la almohadilla de la grasa plantar hacia la zona más distal de las articulaciones metatarsofalángicas y conlleva un aumento de las fuerzas verticales que desencadenan la úlcera plantar (1).

Queda demostrado una vez más que sólo se diagnostica lo que se sabe y para ello, es necesario una formación continua y un conocimiento adecuado en medicina y sobre todo en las fases iniciales de las enfermedades que suelen pasar desapercibidas por falta de atención al paciente o por la ausencia de una sintomatología importante que nos lleve a efectuar una exploración y/o una detallada anamnesis para concluir en un diagnóstico, ya que la neuropatía sensitiva de la diabetes provoca la pérdida de sensación de protección y no se percibe el dolor que en otros pacientes le provocaría el exceso de presión, originado por las fuerzas verticales y la fuerza de reacción del suelo. Consecuentemente, en la cabeza del primer metatarsiano y pulpejo del primer dedo, pueden desarrollarse úlceras plantares que se corresponden con las zonas de presión elevada (2).

Una completa anamnesis de signos y síntomas y una exploración exhaustiva por parte del personal sanitario aumenta la satisfacción del paciente, evita el consumo de recursos sanitarios innecesarios (exploraciones complementarias, derivaciones, polifarmacia...) y la hiperfrecuentación.

Correspondencia: María de la Villa Juárez Jiménez
CS Mancha Real
C/ Islas Canarias, s/n
23100 Mancha Real (Jaén)
E-mail: mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Recibido el 4-09-2014; aceptado para publicación el 30-09-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 216-222

Centrándonos en el hallux rigidus, actualmente se dispone de una extensa literatura. Al hacer una revisión de la misma, es útil comenzar identificando anatómicamente las estructuras osteoarticulares implicadas del pie. La primera articulación metatarsofalángica comprende las superficies articulares de la primera cabeza metatarsiana y la cara articular de la base de la falange proximal del primer dedo. Además, los dos surcos sesamoideos de la cabeza del primer metatarsiano y los dos sesamoideos que articulan con estas superficies, son parte integral de la primera articulación metatarsofalángica (1).

Existen diferentes definiciones de hallux rígido y todas ellas guardan gran similitud entre ellas. Ozan F. y colaboradores, lo describen como una patología de carácter crónico y progresivo de la primera articulación metatarsofalángica caracterizada por: cambios degenerativos, limitación del rango de movimiento articular y dolor (2).

Los factores biomecánicos como la hiperpronación del pie, presenta una mayor incidencia de desarrollar hallux rígido. Previamente a la aparición de esta patología, se comienza con un hallux lmitus de dicha articulación, definido clínicamente como una disminución de la flexión dorsal de la primera articulación metatarsofalángica por debajo de 65 grados en situación de descarga del pie. El rango de movimiento puede llegar en carga hasta 90 grados, de los cuales entre 43 y 48 grados son referentes al primer metatarsiano y entre 20 y 30 grados son referentes al dedo respecto al suelo (3).

Los factores etiológicos del hallux rígido no están totalmente claros. Se conoce como un proceso degenerativo atribuido a la asociación de múltiples causas posibles: traumatismo local o microtraumatismos repetidos en mencionada articulación, enfermedades inflamatorias, enfermedades metabólicas, factores biomecánicos y anatómicos. Sin embargo el factor etiológico más correlacionado científicamente con pruebas objetivables es, según autores como Calvo A. y col., la presencia del primer metatarsiano largo (4).

En cuanto a la incidencia, el hallux rígido representa la forma más común de artrosis del pie y del tobillo, observándose un pico de mayor incidencia en la población superior a 50 años de edad, llegando a ser 1 de cada 45 pacientes que

visitan las consultas de atención primaria. Es la segunda deformidad más común de la primera articulación metatarsofalángica después del hallux valgus.

La prevalencia de aparición y desarrollo de esta patología es más frecuente en mujeres que en hombres. Pueden existir casos de presentación unilateral, sobre todo cuando se asocia con un traumatismo previo, pero la mayoría de los pacientes afectados lo presentan de modo bilateral y con antecedentes familiares (5).

Las manifestaciones clínicas principales incluyen: enrojecimiento, edema y dolor. Incluso, se forman osteofitos (picos o excrescencias óseas) en la zona articular, provocando tumefacción dorsal y limitación funcional (6).

El diagnóstico de hallux lmitus y en consecuencia un previsible pronóstico de hallux rígido a posteriori, se obtiene si al menos 4 de los siguientes 7 signos o síntomas están presentes: dolor en la articulación y particularmente dolor crónico, rigidez a la flexión dorsal, exóstosis periarticular palpable, resultados positivos típicos en la radiografía, dolor a la compresión de la articulación, presencia de un leve movimiento circunferencial anormal (indica un posible signo de daño en el cartílago articular) y signos de sinovitis ocasional (7).

Una vez que se instaura la alteración en la funcionalidad de la articulación, la patología avanza progresivamente, pudiendo encontrarse en diferentes fases que puede variar desde 2 a 5 grados de evolución. Varios autores realizan la clasificación en 3 estadios diferenciados y todos ellos se basan en los similares hallazgos clínicos y radiológicos descritos por Regnaud (8):

- Estadio temprano o etapa I: con hallazgos clínicos no específicos y claramente identificados, donde aparecen leves molestias al caminar que hace que el paciente evite cargar la zona medial del pie y traslada las cargas a la zona lateral del pie, no aparecen datos radiológicos significativos de anormalidad.

- Estadio intermedio o etapa II: aparecen signos y síntomas artríticos en la zona dorsal de la primera articulación metatarsofalángica, una disminución de la flexión dorsal marcada a la mo-

vilización física y crepitación de la articulación a la dorsiflexión forzada de la misma. Presencia de prominencias osteofíticas palpables en la zona dorsal de la articulación, confirmadas en las pruebas radiográficas, mostrando estrechamiento del espacio articular metatarsofalángico sobre todo en la zona dorso medial.

- Estadio avanzado o etapa III: con artritis degenerativa articular completa, una limitación de la movilidad de la articulación más acentuada, crepitación detectable fácilmente, cuerpo osteofítico acentuado en zona dorsal de la articulación que puede dar problemas de espacio con el calzado. La pruebas radiográficas evidencian artritis degenerativa avanzada con obliteración completa del espacio articular incluyendo la región plantar de la articulación.

La conducta terapéutica a optar, depende del sanitario que recepcione en primera instancia al paciente, que podrá ser desde un médico, un profesional de la enfermería o un podólogo. Cada uno de ellos, por defecto de formación profesional, utilizarán los recursos disponibles para solucionarlo, pero siempre teniendo presente la atención multidisciplinar con la que cuentan.

El tratamiento conservador se fundamenta en una gran variedad de opciones terapéuticas: reposo y crioterapia en casos agudos, antiinflamatorios no esteroideos, infiltraciones locales de corticoides o ácido hialurónico, soportes plantares con alargos funcionales del primer radio o férula de Morton, soporte plantar con cut-out de la primera cabeza metatarsal, soportes plantares con control de la excesiva pronación, plantilla con apoyo plantar metatarsal de modo que quede elevado el metatarsiano y aumente artificialmente la flexión dorsal de la articulación metatarsofalángica, elementos de fieltro o silicona que descarguen la zona irritada de la exóstosis y calzados con balancín del antepié o con ensanchamiento de la horma en zona de anterior (9) (10) (11).

Las intervenciones quirúrgicas incluyen: queilectomía de Duvries, osteotomías metatarsales o de falange proximal, artrodesis, artrectomía de Valenti, artroplastia de resección mediante la técnica de Keller, hemiarthroplastia, hemiarthroplastia asociada a osteotomía, modificación de la osteotomía de Austin, la artroplastia de interposición de tejidos y la artroplastia mediante implante (12) (13).

Actualmente existen serias controversias en lo que a efectividad de las técnicas quirúrgicas del primer radio se refiere, razón por la cual se encuentra en constante formulación de nuevos procedimientos. En el mismo sentido, señalar que el tipo de abordaje es dependiente de la clasificación, etiología y diagnóstico. La elección del procedimiento es a menudo difícil, ya que depende de: la edad, los hallazgos clínicos, radiográficos, el estilo de vida del paciente y en definitiva del estado de artritis que presente la zona articular afectada (14) (15).

Coinciden diferentes estudios en el tratamiento quirúrgico en casos de hallux rígido; la tendencia actual se centra en: artrodesis metatarsofalángica en pacientes con estadio III/IV (mejores resultados a largo plazo) y hemiarthroplastia de interposición con implantes de última generación para estadios IV (buenos resultados a corto y medio plazo) (16) (17) (18).

OBJETIVOS

- **General:** Revisar la bibliografía disponible respecto a la etiología, manifestaciones clínicas, clasificación diagnóstica y manejo terapéutico del hallux rígido.

- **Específico:** Establecer una relación entre estadio/etapa y la opción terapéutica más utilizada para pacientes con hallux rígido.

METODOLOGÍA

Se ha consultado las principales bases de datos electrónicas biomédicas con mayor relevancia y prestigio en el ámbito de la salud.

La búsqueda bibliográfica fue realizada durante el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año 2014.

Las bases de datos electrónicas biomédicas consultadas son Medline-Pubmed, Enfispo, Biblioteca Cochrane Plus y Scopus (descartando cualquier otro tipo de bases de datos o de citas).

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: *hallux rígido*, *osteophytes*, *metatar-*

sophalangeal joint, osteoarthritis (estas mismas palabras clave han sido usadas en español). Estos términos están incluidos en el tesoro de Medline-Pubmed, denominado MeSH (Medical Subjects Headings); es un sistema arbóreo que proporciona una guía consistente en la búsqueda de información, usando diferentes términos para los mismos aspectos y de este modo se evita sinonimias y/u homonimias.

En la búsqueda en estos recursos electrónicos, se han combinado las palabras clave con los operadores booleanos como *AND* y *OR*, para obtener unos resultados más concretos según las necesidades del estudio y el operador *NOT* para excluir términos no deseados.

A través de una cuidadosa selección y cribado de los diferentes estudios, se han excluido los textos que no tenían relación directa con el tema a tratar, los que carecían de evidencia científica necesaria, los no accesibles al texto completo y los anteriores al año 1986.

Los criterios de inclusión de los textos apropiados en la búsqueda reúnen los requisitos: estar comprendidos entre el periodo 1986 y 2014, artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios cuantitativos, cualitativos y casos clínicos, escritos en inglés y español, que presenten acceso a texto completo en las bases de datos consultadas y que superen al menos las dos primeras preguntas de modo afirmativo en la planilla utilizada según el Programa de lectura crítica (CASPe) (siendo imprescindibles estas dos cuestiones para poder continuar con el análisis crítico de cada texto científico).

DISCUSIÓN

En este análisis, tomando como referencia la clasificación diagnóstica desarrollada por Coughlin y Shurnas en 2003 (Anexo 1), se han evaluado los resultados referentes al manejo terapéutico; ya que ha sido considerada una clasificación *gold standar* por ser actual y reunir los requisitos de estudio más completos. Hemos diseñado el siguiente guion relacional entre estadios terapéuticos del hallux rigidus:

– Estadio 0-1: elementos ortésicos plantares con elementos de ayuda en la dinámica como la férula

de Morton o alargó funcional del primer radio. Infiltraciones con anestésico y/o corticoide, terapia física de manipulaciones específicas, elementos de descarga y descompresión de estructuras blandas o sinovectomía local.

– Estadio 2: queilectomía metatarsal y osteotomía metatarsal o de la falange proximal. Las técnicas de osteotomía pueden ser diversas y quedan supeditadas a las preferencias o protocolos del facultativo que las realiza.

– Estadio 3: artrodesis o fusión de ambas estructuras óseas mediante la osteotomía de ambas carillas articulares, uso de implantes o prótesis articulares (dependiendo del tipo de actividad física, edad y preferencias del paciente debido a que le repercutirá en el ejercicio de su vida diaria). También está indicada la artroplastia de Keller en pacientes ancianos, sanos y con una vida sedentaria.

– Estadio 4: artrodesis de la articulación mediante la fijación con tornillos osteointegrados, artroplastia de Keller, artrectomía de Valenti (la osteotomía se realiza en ángulo de 45 grados y en forma de “V”). Se contempla la posibilidad de una interposición artroplástica en función de la edad del paciente y su actividad física habitual o una hemiarthroprótesis con materiales de implantación de última generación.

Teniendo en cuenta la importancia de la biomecánica y otras circunstancias en la predisposición o desarrollo del hallux rigidus, los factores etiológicos más consensuados son: traumatismos o microtraumatismos en la zona, presencia del primer metatarsiano largo, hipermovilidad del primer radio, exceso de pronación subastragalina, presencia primaria de hallux valgus, osteocondritis disecante, procesos quirúrgicos relacionados, enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide) y enfermedades metabólicas (artritis gotosa).

CONCLUSIONES

El abordaje multidisciplinar, compuesto por sanitarios de diferentes categorías profesionales, hace más adecuado e integral el tratamiento. El hecho de que se pueda enfocar cada caso desde diferentes procedimientos terapéuticos, que

engloban tanto al médico, al enfermero como al podólogo, hace necesario que este personal sanitario deba estar intercomunicado.

En el manejo terapéutico del hallux rígido queda reafirmada una elevada evidencia que avala la eficacia de las medidas conservadoras como la primera línea de actuación para los estadios más tempranos, pero comúnmente el abordaje quirúrgico acaba siendo el método utilizado y más exhaustivamente estudiado debido a una consulta tardía del paciente en un estadio avanzado (etapas iniciales, suelen pasar desapercibidas o sin ser tratadas por falta de una sintomatología dolorosa e incapacitante). La patomecánica del hallux rígido puede pasar desapercibida durante mucho tiempo, mostrarse puntualmente de forma aguda e incluso llegar a ser invalidante en fases más avanzadas. Dicha biomecánica alterada se manifiesta en el propio pie, rodilla, cadera o incluso pelvis, lo cual implica una alteración en el primer radio durante el desarrollo de la marcha y justifica la necesidad de continuar la labor de investigación.

Existe una gran variedad de técnicas o procedimientos para el tratamiento quirúrgico del hallux rígido avanzado, pero llama la atención la controversia de la elección quirúrgica apropiada para cada caso. Dependerá la elección invasiva del profesional que la lleve a cabo, de su habilidad, conocimientos, experiencia, de la clasificación diagnóstica en la que se base según su formación, además de las particularidades de cada paciente, preferencias, y las posibles complicaciones postquirúrgicas (pronóstico previsible) que puedan afectar a su vida diaria. Entre otras, frecuentemente queda limitada la intensidad y frecuencia de actividad física que podrá realizar el paciente en el caso de ser intervenido por artrodesis, siendo diferente resultado si hablamos de una hemiarthroplastia, etc.

Es crucial para estudios de investigación futuros que quede en constante actualización:

- Diagrama o algoritmo que relacione la etapa/estadio en el que se encuentra el hallux rígido con la opción terapéutica más adecuada.

- Clasificación diagnóstica con rigor científico para enfocar en unos mismos criterios (los textos analizados se basan en unos métodos diagnósticos y clasificatorios con diferentes criterios)

- Parámetros válidos y fiables de selección y/o evaluación de métodos terapéuticos conservadores y quirúrgicos que nos aporten medidas de resultados con una evidencia elevada y donde se pueda analizar complicaciones y resultados tanto a corto, medio y largo plazo.

Hay un déficit de estudios amplios con muestras significativas que aporten datos estadísticos actuales y representativos de variables de incidencia y prevalencia, según edades, sexo, afluencia en consulta u otras instalaciones sanitarias de pacientes afectados y tratados, tipología del profesional sanitario que tratan esta patología y desde que punto de vista lo hacen.

BIBLIOGRAFIA

1. Zimny S, Schatz H, Pfohl M. The role of limited joint mobility in diabetic patient with an at-risk foot. *Diabetes Care*. 2004; 27: 942-6.
2. Nubé VL, Molyneaux Dennis L, Yue K. Biomechanical risk factor associated with neuropathic ulceration of the hallux in people with diabetes mellitus. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2006; 96: 189-197.
3. Root ML, Orien WP, Weed JH, Salas CV. Función normal y anormal del pie. *Base*. 2012; 484
4. Ozan F, Bora OA, Filiz MA, Kement Z. Interposition arthroplasty in the treatment of hallux rigidus. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2010; 44: 143-51.
5. Kirby KA. Foot and Lower Extremity Biomechanics II: Precision Intricast Newsletters, 1997-2002. Precision Intricast, Incorporated 2002; 191.
6. Calvo A, Viladot R, Giné J, Alvarez F. The importance of the length of the first metatarsal and the proximal phalanx of hallux in the etiopathogeny of the hallux rigidus. *Foot Ankle Surg Off J Eur Soc Foot Ankle Surg*. 2009; 15(2): 69-74.
7. Asunción Márquez J, Martín Oliva X. Hallux rigidus: aetiology, diagnosis, classification and treatment. *Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol Engl Ed*. 2010; 54(5):321-8.
8. Dos Santos ALG, Duarte FA, Seito CAI, Ortiz RT, Sakaki MH, Fernandes TD. Hallux Rígido: prospective study of joint replacement with hemiarthroplasty. *Acta Ortop Bras*. 2013; 21(2): 71-5.

9. Brantingham JW, Wood TG. Hallux rigidus. *J Chiropr Med.* 2002; 1(1): 31-7.

10. Viladot-Pericé R, Álvarez-Goenaga F, Formiguera-Sala S. Actualización en el tratamiento del hallux rigidus. *Rev Ortop Traumatol.* 2006; 50(3): 233-40.

11. Izquierdo JO, Cases JÓI. Podología quirúrgica. Barcelona: Elsevier España; 2006. p. 344.

12. Oliva XM, Rico JV y, Voegeli AV. Tratado de cirugía del antepié. *Euromedice;* 2010. 275 p.

13. Solan MC, Calder JD, Bendall SP. Manipulation and injection for hallux rigidus. Is it worthwhile? *J Bone Joint Surg Br.* 2001; 83(5): 706-8.

14. Beeson P. The surgical treatment of hallux limitus/rigidus: a critical review of the literature. *The Foot.* 2004; 14(1): 6-22.

15. Erdil M, Bilsel K, Imren Y, Mutlu S, Güler O, Gürkan V, et al. Metatarsal head resurfacing hemiarthroplasty in the treatment of advanced stage hallux rigidus: outcomes in the short-term. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2012; 46: 281-5.

16. Miller D, Maffulli N. Free gracilis interposition arthroplasty for severe hallux rigidus. *Bull Hosp Jt Dis N Y N.* 2005; 62(3-4): 121-4.

17. Durán Alarcón LL, Durán Arroyo D. Hallux rígido y su tratamiento. *Podoscopio.* 2012; 53: 980-9.

18. Erdil M, Bilsel K, Imren Y, Mutlu S, Güler O, Gürkan V, et al. Metatarsal head resurfacing hemiarthroplasty in the treatment of advanced stage hallux rigidus: outcomes in the short-term. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2012; 46(4): 281-5.

19. Ettl V, Radke S, Gaertner M, Walther M. Arthrodesis in the treatment of hallux rigidus. *Int Orthop.* 2003; 27(6): 382-5.

20. Carpenter B, Smith J, Motley T, Garrett A. Surgical treatment of hallux rigidus using a metatarsal head resurfacing implant: mid-term follow-up. *J Foot Ankle Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg.* 2010; 49(4): 321-5.

ANEXO 1. Clasificación diagnóstica del hallux rigidus (modificado de Coughlin y Shurnas, [2003])

GRADO	RANGO DE MOVILIDAD	RADIOLOGÍA	SINTOMATOLOGÍA
0	40°-60° de dorsiflexión y/o pérdida del 10-20% comparada con el lado sano.	Normal o hallazgos sutiles.	Rigidez y pérdida de movilidad pasiva. Engrosamiento sinovial.
1	30°-40° de dorsiflexión y/o pérdida del 30-40% comparado con el lado sano.	Espolón dorsal Mínimo pinzamiento articular. Mínima esclerosis periarticular. Mínimo aplanamiento de la cabeza metatarsiana.	Leve u ocasional dolor subjetivo y rigidez. Dolor en rango máximo.
2	10°-30° de dorsiflexión y/o pérdida del 50-75% comparada con el lado sano.	Osteofito dorsal, lateral e incluso medial con aplanamiento de cabeza. < 25% articulación dorsal afecta en radiografía lateral. Leve a moderado pinzamiento y esclerosis. Sesamoideos afectados.	Moderado a severo dolor subjetivo y rigidez constante. Dolor antes de la máxima dorsiflexión o flexión plantar.
3	Dorsiflexión de 10° o menos y/o pérdida del 75-100% respecto al lado sano, notable pérdida de flexión plantar (<10°).	Igual que grado 2, pero pinzamiento articular patente. Cambios quísticos periarticulares, >25% dorsal afecto en radiografía lateral. Sesamoideos afectados (cambios quísticos y degenerativos).	Casi constante dolor y rigidez evidente. Dolor durante todo el rango de movimiento (pero no a mitad del rango articular).
4	Igual que grado 3.	Igual que grado 3.	Igual que grado 3 pero dolor característico en rango medio.

PREGUNTAS:

1) Las estructuras osteoarticulares que componen la primera articulación metatarsofalángica son:

- a) Las superficies articulares de la primera cabeza metacarpiana y la cara articular de la base de la falange proximal del primer dedo. Además, los dos surcos sesamoideos de la cabeza del primer metatarsiano y los dos sesamoideos.
- b) Las superficies articulares de la primera cabeza metatarsiana y la cara articular de la base de la falange proximal del primer dedo. Además, los dos surcos sesamoideos de la cabeza del primer metatarsiano y los dos sesamoideos.
- c) El primer metatarsiano y la falange proximal del primer dedo del pie exclusivamente.
- d) Todas son ciertas.

2) El hallux rígido representa...

- a) La patología del pie más frecuente.
- b) La patología más frecuente en el pie después del hallux valgus.
- c) La mayor demanda en consulta de podología.
- d) Una patología liviana sin tratamiento quirúrgico.

3) Las manifestaciones clínicas principales del hallux rígido son:

- a) Osteofitos metatarsales.
- b) Edema únicamente.
- c) Edema, enrojecimiento y dolor.
- d) Todas son falsas.

4) Que clasificación diagnóstica del hallux rígido se considera gold standard:

- a) Clasificación en cinco estadios descritos por Regnauld.
- b) Clasificación en dos estadios descritos por Coughlin y Shurnas.
- c) Clasificación de 2003 elaborada por Coughlin y Shurnas.
- d) Clasificación de 1999 promovida por Coughlin.

5) Señale la opción correcta en casos de hallux rígido que requieren una técnica quirúrgica indicada para ello:

- a) Queilectomía de la falange distal del primer dedo del pie.
- b) No existen técnicas quirúrgicas para el hallux rígido.
- c) Tenotomía del flexor largo común del primer dedo.
- d) Artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica.

RESPUESTAS CORRECTAS: 1.B 2.B 3.C 4.C 5.D

SIN BIBLIOGRAFÍA

Síndrome febril prolongado y cojera como forma de presentación de seno dérmico, en urgencias pediátricas de Atención Primaria

Padilla Del Campo C¹, Sánchez Sánchez IM³, Del Campo Muñoz T³, Galicia Bulnes JM⁴, Beas Martínez R⁵

¹Médico de Familia. Centro de Salud La Gangosa-Vícar. Almería.

²Pediatra. Centro de Salud Mengíbar. Jaén.

³Pediatra. F.E.A. Hospital Ciudad de Jaén. Jaén.

⁴Neurocirujano del Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

⁵Médico de Familia. Centro de Salud Mengíbar. Jaén.

El seno dérmico (SD) es una variedad de disrafismo espinal oculto debido a un fallo segmental en la separación entre el neuroectodermo y el ectodermo epitelial, quedando ambos en continuidad. Suele situarse en la línea media lumbosacra por encima del pliegue glúteo y consiste en un hoyuelo de la piel que puede llegar al tejido subcutáneo, hueso, espacio epidural/subaracnoideo o al cono medular. Presentamos un caso de SD sacro de difícil diagnóstico y complicado con un absceso epidural lumbar.

Caso Clínico: paciente mujer de 19 meses que acude a su centro de salud por fiebre de 7 días de evolución e inapetencia. Exploración física dentro de la normalidad. Es derivada a urgencias donde se realiza analítica de sangre y orina normales. Diagnosticada de virasis se deriva a domicilio. A las 2 semanas acude de nuevo porque continúa con fiebre diaria que alterna con febrícula, diarrea, decaimiento y rechazo de las tomas. Es derivada de nuevo a urgencias donde se repite analítica que sigue siendo viral.

Posteriormente la fiebre desaparece y la paciente comienza con cojera de pierna derecha e imposibilidad para la deambulación. En urgencias se realiza radiografía de caderas que es normal y es valorada por traumatólogo que solicita ecografía, que es también normal. Ante la persistencia de la cojera, imposibilidad para la deambulación y alteración de esfínteres la paciente ingresa para estudio. A la exploración presenta extremidades inferiores con escasa masa muscular, a nivel lumbar angioma rosado de 1 cm de diámetro y se aprecia acúmulo subcutáneo sin salida exterior. RMN columna completa: seno dérmico en región sacra asociado a disrafia de elementos vertebrales posteriores de S1 y absceso epidural lumbar. La paciente es sometida a laminectomía y evacuación del absceso. Cultivo de absceso positivo a *Enterococofaecalis*. Se realiza tratamiento según antibiogramay la paciente presenta buena evolución postoperatoria, recuperación de la fuerza muscular y de la deambulación.

Conclusiones: 1. Es fundamental por parte del pediatra la exploración exhaustiva de la línea media raquídea en busca de cualquier estigma cutáneo sugerente de SD (orificio, hipertriosis, hemangioma, grasa subcutánea). 2. El absceso epidural es una de las complicaciones infecciosas que pueden originarse a partir de los SD. 3. El método diagnóstico de elección es la RMN y el tratamiento es la cirugía radical y precoz aún en los casos asintomáticos.

Correspondencia: Carmen Padilla del Campo
CS La Gangosa-Vícar. Almería.
Calle Esmeralda S/N. La Gangosa. Almería
E-mail: carmen.padi@hotmail.com

Recibido el 30-06-2014; aceptado para publicación el 29-09-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 223-223

ARTÍCULO ESPECIAL

Servicio de medicina física y rehabilitación: médicos rehabilitadores

Rojas Bruno IM^a

Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial.

Hospital Punta de Europa. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

INTRODUCCIÓN

La Atención Especializada está regulada en la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía [1], como el segundo nivel de atención. Esta ofrece a la población los medios técnicos y humanos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación apropiados, que no pueden solventarse en el nivel de Atención Primaria [2].

La Orden SCO/846/2008, de 14 de marzo, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación [3].

La estructura sanitaria de atención especializada está constituida por los hospitales y sus centros de especialidades en combinación con el nivel primario, así lo recoge el Decreto 462/1996 de 8 de octubre, sobre Ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales de la Asistencia Especializada [4], que suele ser programada y urgente, desarrollando funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia curativa y rehabilitación, así como docencia e investigación.

El Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia de Algeciras se encuentra situado en un edificio anexo al Hospital Punta de Europa. Entre los

espacios habilitados en la unidad, se encuentran tres consultas médicas, un gimnasio, salas de tratamientos, despachos, sala de espera, vestuarios y unidad administrativa.

El personal está compuesto por el jefe de servicio (médico rehabilitador), coordinador (fisioterapeuta), fisioterapeutas, administrativo, auxiliares de enfermería y celadores.

Las ambulancias facilitan el traslado de pacientes a la unidad de rehabilitación, donde reciben sesiones diarias.

Los pacientes que se atienden en las consultas de médicos rehabilitadores acceden por tres vías: atención especializada, revisiones y atención primaria. El administrativo de la unidad de rehabilitación sólo gestiona la cita en el caso de derivaciones de atención especializada o interconsultas. Las revisiones son asignadas por las auxiliares de enfermería de dicho servicio, y las citas de atención primaria son tramitadas por los administrativos del centro de salud.

La actuación de los médicos especialistas decide la derivación del paciente a rehabilitación, quedando recogido su diagnóstico en fichas de tratamiento. Después continúa un proceso realizado por el administrativo con el registro y la inclusión de los pacientes en la lista de espera, y finalmente el aviso del coordinador al paciente para comenzar el tratamiento.

Además los médicos asumen, entre otros cometidos, las recetas ortoprotésicas, junto al informe si fuese necesario; peticiones para la Unidad Móvil (UVMi), visitas a planta del hospital durante el tiempo de la convalecencia del paciente.

Correspondencia: Isabel M^a Rojas Bruno
Hospital Punta de Europa
Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Carretera Gestares, s/n
11207 Algeciras (Cádiz)
E-mail: isabelmariojasbru@hotmail.com

Recibido el 27-01-2014; aceptado para publicación el 31-03-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 224-229

La variedad de los tratamientos practicados por los fisioterapeutas en este servicio son relevantes, muy diversos y complejos en determinados casos, ya que podemos encontrar pacientes que acuden para realizar tablas de ejercicios cervicales, pasando por tratamientos de rotura de miembros, hasta pacientes recuperándose de ictus, parálisis importantes o amputados.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se basó primero en la orientación y el análisis de la procedencia de los usuarios y en segundo lugar en la trayectoria que seguían las derivaciones de estos pacientes ordenadas por el

médico de rehabilitación. Igualmente las recetas de ortopedia fueron examinadas.

El muestreo se efectuó basándose en la recogida de esas desviaciones a rehabilitación, contabilizando las fichas de tratamiento (Figura1) que cumplimentaron los facultativos con el diagnóstico del paciente. Hubo tratamientos que al ser analizados estadísticamente se desagruparon, y se estudiaron independientemente. Por ejemplo, en el gimnasio es común agrupar los pacientes de hombro, cervical, lumbar, etc., pero al ser analizados se tomaron individualmente. Las citas y revisiones se tomaron a través de distintas unidades, tanto de atención primaria como especializada [5], que recogió el programa Diraya (Figura2) y/o Medix. Así mismo se cuan-

Área de Gestión Sanitaria
del Campo de Gibraltar

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN

Doctor _____
Terapeuta _____
Fecha _____

Habitación _____ Cama _____

FICHA DE TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Nº: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Mes:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Suma		
					</																													

tificaron y se clasificaron las recetas ortopédicas por código e identificación que se gestionaron en la finalización del proceso por la unidad administrativa. Se tramitaron en el programa Gestor1 (Figura3), adjuntando la etiqueta correspondiente para su validez y el visado si correspondiese, con la recogida final por el paciente en la ortopedia.

La muestra total consistió en 120 usuarios, analizados en las orientaciones del estudio y distribuidos en las tres consultas existentes, durante dos semanas de septiembre de 2013.

Durante varios días a la semana se dispuso de dos consultas, debido a que dos de los tres médicos se desplazaron a otros centros rehabilitadores de la comarca para atender a sus pacientes.

Las derivaciones del centro de especialidades Casa del Mar no fueron recogidas en este estudio, pero merecen ser mencionadas ya que también se tramitan en esta unidad una vez registradas las fichas de ese servicio para la rehabilitación de sus pacientes.

RESULTADOS

Se tomó una muestra de 120 pacientes que acudieron a la consulta durante las dos semanas del estudio y que definieron el 100% del muestreo.

Los resultados del muestreo en las tres líneas del estudio fueron las siguientes:

- Procedencia de los usuarios: El 33%, 40 usuarios procedían de atención primaria, 50 pacientes, el 42% fueron citados directamente en el servicio de rehabilitación por el administrativo, cuando procedían de alguna consulta de especialista o de hospitales. Así mismo el 25%, 30 pacientes se citaron por segunda o sucesivas veces como revisión (Gráfico 1).

El rango o recorrido de las diferentes citas fue 20. La media se situó en 40 citas, y la desviación típica que reflejó la tendencia a variar que existía entre cada cita a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación fue 8.1.

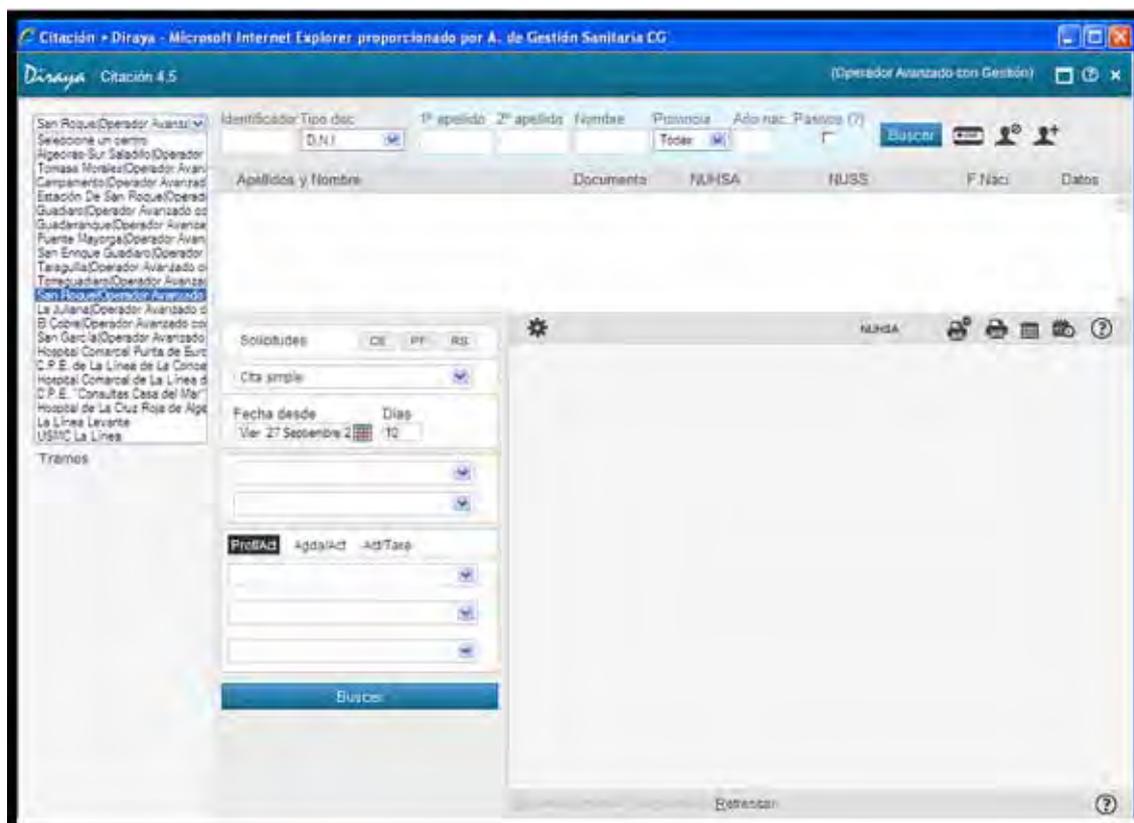


Figura 3. Diraya: citación para Medicina Física y Rehabilitación

- Derivaciones a rehabilitación: En esta trayectoria los médicos rehabilitadores, tras explorar a sus pacientes, remitieron los que procedían a rehabilitación. Se tomó a 40 usuarios derivados como el 100% de esta muestra. Los médicos cumplimentaron fichas con el diagnóstico para que una vez incluidos en la lista de espera pasaran a ser llamados para realizar las sesiones correspondientes. Se dividieron en diferentes grupos: 12 pacientes, el 30% para el gimnasio, el 22.5%, 9 para electroterapia, el 17.5%, 7 usuarios, en el grupo cervical, 8 en el grupo lumbar 20%, y el 10%, 4 pacientes para balneoterapia (Gráfico 2).

El rango o recorrido en los distintos tipos de rehabilitación fue 8. La media se situó en 8 sesiones y la desviación típica en 2.6, siendo esta la tendencia a variar entre cada grupo rehabilitado.

- Recetas ortopédicas (P-14): De 120 pacientes analizados, se expidieron 23 recetas para la ortopedia, el 100% de esta muestra. De ellas, 22 recetas correspondieron a "ortesis" que son aquellos productos sanitarios de uso externo, no implantables. Las ortesis de pie obtuvieron un porcentaje muy elevado en comparación con el resto de ellas. Estos fueron los resultados: 16 ortesis de pie (70%),

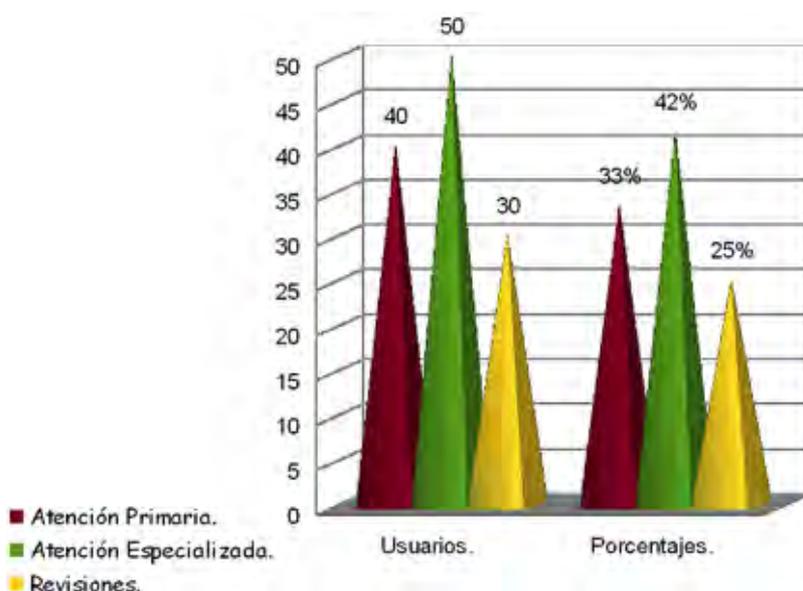


Gráfico 1. Muestra de 120 usuarios, el 100% muestreado

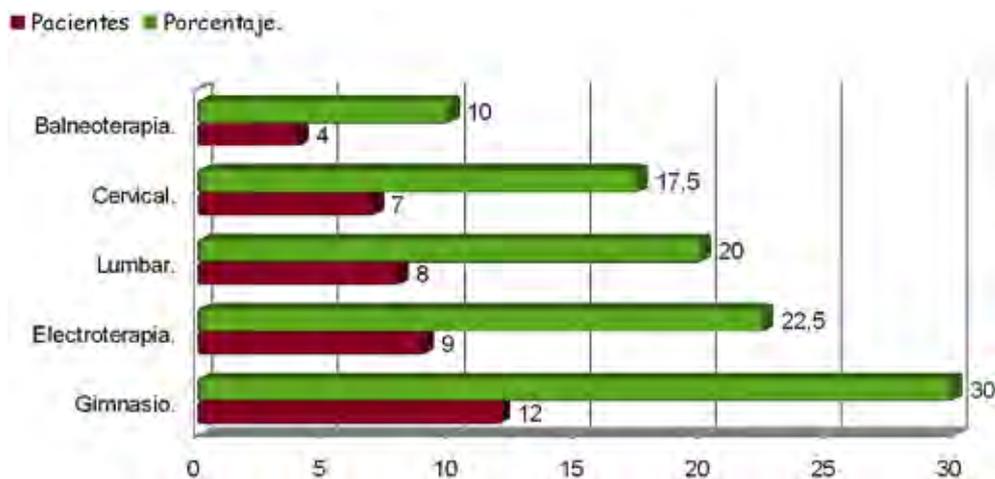


Gráfico 2. Muestra de 40 pacientes para rehabilitación

alza en calzado, cuña en calzado y plantillas semirrígidas; 2 ortesis de columna vertebral (8,6%) que son corsés de Málaga; 2 ortesis de codo (8,6%); 2 ortesis de muñeca y mano (8,6%), fédula palmar inmovilizadora de muñeca; y en el menor porcentaje el 4,3%, 1 vehículo para inválido, silla de ruedas con motor eléctrico (Gráfico3).

El rango o recorrido de las recetas ortoprotésicas fue de 15. La media se situó en 4.6 recetas, la desviación típica 6.05, siendo esta la tendencia a variar entre los distintos tipos de prescripciones.

DISCUSIÓN

Las citas para el médico rehabilitador tienen una demora de unos quince días cuando son asignadas desde la unidad de rehabilitación por el administrativo. En los casos de citas de revisión el atraso puede alargarse a un mes aproximadamente. Por último, aquellas que son derivadas por los centros de salud [6] de atención primaria pueden demorarse hasta un máximo de sesenta días.

Es comprensible el hecho de que citas derivadas por especialistas, también llamadas interconsultas



Gráfico 3. Muestra de 23 recetas, el 100% de la muestra

tas tengan una demora menor que la citación de atención primaria, ya que el hecho de visitar a un especialista implica la derivación a rehabilitación, duplicando el tiempo de espera, por lo tanto debe existir agenda abierta para citar a estos pacientes.

La rehabilitación de los pacientes ejercida por los fisioterapeutas [7] tiene lugar tras un proceso de lista de espera donde se tiene en cuenta el orden de entrada, exceptuando aquellos que son definidos por el médico como "preferentes" en la ficha de tratamiento que se tramitó al acudir a la consulta de medicina física y rehabilitación. Esto ocurre con los usuarios tanto del hospital Punta de Europa como del centro de especialidades Casa del Mar.

Las sesiones de fisioterapia están divididas según los distintos tratamientos que recibe el paciente y son: gimnasio, electroterapia, lumbar, cervical, hombro, balneoterapia. Esas sesiones de trabajo se encuentran recogidas en unas fichas amarillas situadas en el panel que cada fisioterapeuta posee.

La lista de espera para balneoterapia divide a hombres y mujeres.

Aquellas recetas que por su código, recoge el catálogo general de ortoprotésica[8] de la Comunidad de Andalucía, necesitan visado en gestoría de usuarios del hospital, debiendo acompañar informe realizado por el médico rehabilitador,

además de la etiqueta que confeccionó el administrativo al gestionarla en el programa Gestor1.

Cuando se trata de dos recetas del mismo producto ortoprotésico que por su código de prescripción no necesite visado, hay que visarlo al tratarse de dos productos iguales. Por ejemplo una receta de ortesis de rodilla no lleva visado, pero al ser dos P-14, una para cada rodilla, se deben presentar a gestoría de usuarios. El administrativo guarda una de las copias para su posterior archivo.

No se recetó durante el tiempo del estudio ninguna prótesis externa.

El trabajo realizado en el Servicio de Rehabilitación[9] se encuentra íntegramente concentrado y coordinado entre todos los profesionales que forman dicha unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1998; 74.
URL:http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_5_normativa/normas_autonomicas/ley_salud_andalucia.pdf
2. Decreto 197/2007 de 3 de julio que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2007; 140:10-18.
URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/boletin.140.pdf>
3. Orden SCO/846/2008, de 14 de marzo que aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. Boletín Oficial del Estado 2008; 77:17966-17972
URL: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN12416/3-12416.pdf>
4. Decreto 462/1996 de 8 de octubre, sobre Ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales de la Asistencia Especializada. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1996; 127:14228-14233.
URL:<http://www.juntadeandalucia.es/boja/1996/127/6>
5. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado 1986; 102: 15207-25. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/d1.pdf>
6. El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado 2003; 254:37893-902.
URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23pdfs/A37893-37902.pdf>
7. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado 2003; 280: 41442-41458.
URL:<https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
8. Orden de 7 de diciembre de 2005 por el que se actualiza el Catálogo General de Productos de la Prestación Ortoprotésica de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2005; 248: 17. Corrección de errores de la Orden de 7 de diciembre de 2005. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2006; 45:69-70.
URL:http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_serviciosanitarios7
9. Decreto 152/2012, de 5 de junio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Bienestar Social y del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2012; 115: 96-109
URL: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/115/BOJA12-115-00014-10375-01_00008862.pdf

ARTÍCULO ESPECIAL

Estudio en la unidad de protección de la salud: sanidad ambiental. Área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Rojas Bruno IM^a

Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial.

Unidad de Protección de la Salud-Sanidad Ambiental.

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz). Andalucía.

INTRODUCCIÓN

El Decreto 197/2007, de 3 de julio, regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. En el Capítulo II, sección 2^a, artículo 18, se desarrolla la estructura funcional y define las funciones del Servicio de Salud Pública, así como la protección de la salud en las vertientes de salud ambiental y alimentaria [1].

El personal administrativo de la Unidad de Protección de la Salud (UPS), tramitó bajo la responsabilidad del técnico del departamento y de los inspectores farmacéuticos y veterinarios diversas tareas y de vital importancia.

Entre otras, la unidad de sanidad ambiental se ocupa de estas materias:

- Vigilancia y control de las zonas de abastecimiento de aguas de consumo humano, seguridad química, piscinas de uso colectivo, toma de muestras de aguas de baño, alertas ambientales, control de legionelosis [2], Título IV con la evaluación de productos químicos, seguridad química, servicios biocidas, Reglamento REACH, supervisiones, inspecciones, denuncias, residuos sanitarios, cumplimiento de la normativa del tabaco, formación, etc.

Y en ella, el administrativo desarrolla las siguientes funciones:

- Diligenciar y tramitar libros de piscinas de uso colectivo [3] con el proceso que ello implica, así como la comprobación del libro del año anterior y del nuevo, verificando el número correcto de hojas diarias, quincenales y anuales numeradas, la hoja de registro por cada vaso de la piscina, analíticas del año anterior, aportar etiquetas y fichas de datos de seguridad de los productos utilizados para comprobar que están actualizados y homologados a través de la página del Ministerio, e informar al inspector farmacéutico para la posterior visita de inspección y al usuario para tramitar la tasa de la piscina.
- Cumplimentar censos y bases de datos de los distintos temas, como piscinas de uso colectivo, legionella, productos químicos, integración, zonas de abastecimiento, etc.
- Incluir información en los programas específicos como el UNIPRO que recoge entre otros asuntos las denuncias, y recibe información por parte de los inspectores a través del ALIAM o el VEGA.
- Despachar correspondencia, entre otras, la comunicación con la Delegación de Cádiz, Ayuntamientos, ciudadanos, empresas, etc.
- Finalizar los procedimientos expedientes de denuncias, de piscinas de uso colectivo, productos químicos, vigilancia del SINAC, muestreo de playas, objetivo de integración,

Correspondencia: Isabel M^a Rojas Bruno
E-mail: isabelmariarojasbru@hotmail.com

Recibido el 02-06-2014; aceptado para publicación el 26-09-2014
Med fam Andal. 2014; 2: 230-241

empresas REACH, servicios jurídicos, empresas D.D.D., formularios de incumplimientos e informes cuatrimestrales de las zonas de abastecimiento, etc.

- Diligenciar libros de empresas de desratización, desinsectación y desinfección (D.D.D.), sellado de hojas de tratamiento, diligencia firmada por el gerente del Área y el justificante de la entrega por la técnico del departamento.
- Redactar y cursar las denuncias.
- Tramitar a la Delegación los expedientes de servicios jurídicos de piscinas, legionella, productos químicos, zonas de abastecimiento, productos biocidas, etc., adjuntando acta del inspector, informe y nota interior.
- Gestionar los residuos sanitarios y la formación del personal.
- Clasificar y mecanizar diferentes trámites, como las alertas ambientales, desde el registro de entrada pasando por el trámite de los inspectores y técnicos, la mecanización de datos en tablas, modificación de alertas; hasta su finalización, y la inclusión en el programa correspondiente.
- Introducir en el programa GERHONTE los distintos movimientos de los profesionales de la unidad: altas, bajas, vacaciones, días de libre disposición, etc.

Todos estos cometidos se desarrollan bajo la dirección del técnico responsable del departamento de Sanidad Ambiental, y en su defecto, tomando como referente a los inspectores farmacéuticos.

La Unidad presta los servicios con la finalidad de proteger la salud de los ciudadanos y son proporcionados con la máxima rigurosidad y eficiencia, en el marco de la Consejería de Salud.

INFORMACIÓN DE SOBRE LOS TEMAS ANALIZADOS

Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo. SINAC

EL Ministerio de Sanidad y Consumo para favorecer el cumplimiento del artículo 30 del Real Decreto 140/2003 de 7 de febrero, establece los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, y desarrolla una aplicación informática, para el Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC) [4].

Los municipios, empresas abastecedoras, laboratorios, etc., que son partes implicadas en el suministro de agua de consumo tienen la obligación de utilizar y proporcionar datos a través del SINAC.

El objetivo fundamental del SINAC es identificar mediante un sistema informatizado a nivel nacional, la calidad sanitaria de las aguas de consumo, las infraestructuras de abastecimiento, desde la captación hasta la distribución, ya sea a través de redes de distribución públicas o privadas, cisternas y depósitos móviles o fijos, así como los laboratorios que realizan el control de la calidad del agua.

El Real Decreto 140/2003 define:

- La zona de abastecimiento, como el área geográficamente definida y censada por la autoridad sanitaria a propuesta del gestor del abastecimiento, no superior al ámbito provincial, en la que el agua de consumo humano provenga de una o varias captaciones y cuya calidad pueda considerarse homogénea durante la mayor parte del año.
- Al gestor o gestores como persona pública o privada, responsable del abastecimiento, de parte del mismo, o de cualquier otra actividad unida a él.

La privacidad y la seguridad son los requisitos generales establecidos en el SINAC, así el sistema protege el acceso a no autorizados y el titular responderá de los datos introducidos. Cada gestor puede acceder a la totalidad de los datos que gestiona o le afecte, pero no a la información individualizada de otras unidades.

Los usuarios del SINAC a nivel autonómico son el notificador, persona designada por el gestor de la zona de abastecimiento que notifica al SINAC cada una de las infraestructuras que la forman, así como los laboratorios que realizan

el autocontrol. Solo puede haber un notificador por cada zona de abastecimiento.

El usuario básico es la persona designada por el gestor de la zona de abastecimiento para tener acceso a la información y capacidad para introducir, modificar y/o consultar datos. El administrador básico podrá aceptar las solicitudes de acceso al sistema de los usuarios básicos que pertenezcan a su Ayuntamiento o empresa.

Con el fin de incrementar la seguridad y contrastar la identidad de las personas que soliciten ser dados de alta en cualquier tipo de usuario, será necesario que, previamente a cualquier solicitud, el Ayuntamiento, el gestor de cada Zona de Abastecimiento o cada parte de ella y los laboratorios que realizan el autocontrol, comuniquen por escrito y de forma oficial, a la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud, el nombre de las personas designadas. Sin haber recibido esta comunicación oficial no se aceptará ninguna solicitud de acceso al SINAC.

Aguas de baño

El Real Decreto 1341/2007 regula la Gestión de la Calidad de las Aguas de Baño y establece en su artículo 12 que las aguas se clasificarán durante un periodo no inferior a una temporada, como de calidad “insuficiente”, “suficiente”, “buena” y “excelente”[5].

El periodo seleccionado para el muestreo en 2011 fue desde el 01/06 al 30/09 en la comunidad autónoma andaluza.

Los microorganismos que se encuentran en las aguas son entre otros, bacterias, virus, hongos, protozoos y distintos tipos de algas. La contaminación de tipo bacteriológico se debe fundamentalmente a los desechos humanos y animales, ya que los agentes patógenos (bacterias y virus) se encuentran en las heces, orina y sangre, y son el origen de muchas enfermedades y epidemias (fiebres tifoideas, disentería, cólera, polio, hepatitis infecciosa).

En la red de control de aguas superficiales se analizan los Coliformes totales y *Escherichia coli* como indicador de contaminación fecal y en la red de control de aguas de baño se realizan controles de *Escherichia coli* y *Enterococos* intestinales.

Coliformes totales. Son las bacterias del género coliformes que se introducen en gran número al medio ambiente por las heces animales y humanas, aunque no todos los coliformes son de origen fecal, por lo que es necesario desarrollar pruebas para diferenciarlos a efectos de utilizarlos como indicador de contaminación. Desde el punto de vista de la salud pública esta diferenciación es importante porque permite asegurar con alto grado de certeza si la contaminación que presenta el agua es de origen fecal.

Escherichia coli. Se trata de una bacteria que se encuentra generalmente en los intestinos animales y en las aguas residuales y es el principal organismo anaerobio facultativo del sistema digestivo. Como indicador de la calidad del agua se considera como señal de contaminación fecal reciente.

Calificación sanitaria de las aguas litorales de baño en Andalucía, 2011					
Provincias	Muestréos	Controles microbiológicos	Puntos de muestreo	Controles de parámetros visuales	Zonas de baño
Almería	810	1.620	90	10.530	75
Cádiz	717	1.434	75	9.321	53
Granada	324	648	36	4.212	29
Huelva	424	848	47	5.512	15
Málaga	852	1.704	93	11.076	81
Total	3.127	6.254	341	40.651	253

Enterococos intestinales, incluyen las especies del género *Streptococcus* y son un subgrupo del grupo más amplio de los estreptococos fecales, excretándose habitualmente en las heces humanas y de otros animales de sangre caliente. Hay concentraciones altas de enterococos intestinales en las aguas residuales y en los medios acuáticos contaminados por aguas residuales y por residuos humanos o animales.

Empresas de Desinfección, Desratización y Desinsectación

El Decreto 8/1995, de 24 de enero, aprueba el Reglamento de Desinfección, Desinsectación y Desratización Sanitarias [6].

Los servicios D.D.D. de control de plagas (desinfección, desratización y desinsectación) se realizan en distintos espacios e instalaciones, como hospitales, centros de salud, viviendas, comercios, bares, restaurantes, hoteles, fincas, empresas, fábricas y están destinadas a eliminar plagas de cucarachas, chinches, ratas, ratones, insectos, hormigas, etc.

Desinsectación, es la eliminación de insectos por medios químicos, mecánicos o la aplicación de medidas de saneamiento básico.

Desratización, es el conjunto de técnicas de saneamiento que se emplean para el control o exterminio de roedores, clasificándose en pasiva cuando evita la entrada y multiplicación de roedores, con medidas preventivas como el cierre hermético de contenedores de residuos e instalación de rejillas en conductos de aireación, o la desratización activa que incluye métodos dirigidos al control de poblaciones de roedores preexistentes.

Desinfección, es un proceso físico o químico que elimina o inactiva agentes patógenos tales como bacterias, virus y protozoos impidiendo, el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentran en organismos vivos.

El patrimonio natural andaluz favorece una gran diversidad de especies desde el punto de vista sanitario, generando una gran preocupación, como los casos de las infecciones producidas por las garrapatas, los mosquitos de humedales

costeros, las abejas y avispas como motivo de la producción de reacciones alérgicas.

En Andalucía se determinan plagas que producen alarma en los ciudadanos y son las que afectan a todo el territorio nacional, cucarachas, roedores, hormigas, legionella, procesionaria y termitas. Otras plagas puntuales, pero no menos molestas son las moscas, mosquitos, pulgas, ácaros y garrapatas.

Los servicios más demandados por los andaluces son aquellos relacionados con el control de plagas de roedores, cucarachas, xilófagos (insectos que roen la madera), hormigas y moscas. Asimismo, dependiendo de la climatología y de la época del año, las empresas realizan actuaciones para controlar poblaciones de mosquitos, pulgas, garrapatas, grillos, etc., y en el interior de los edificios, donde encuentran un medio óptimo como el calor, la humedad y la posibilidad de alimento.

Las empresas especializadas controlan las plagas, garantizan la seguridad de los ciudadanos y deben cumplir con los siguientes requisitos, como estar inscritas en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas/Biocidas, aplicar productos registrados y autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y los trabajadores estarán en posesión de un carné que les acredite como especialistas para desempeñar su labor.

Piscinas de uso colectivo

Son aquellas de uso público, cubiertas o al aire libre, de comunidades de vecinos de menos de veinte viviendas y que poseen un conjunto de elementos destinados al baño o a la natación e incluidos en el recinto del establecimiento, como zonas de baño (vasos y playa), zonas de descanso, aseos, vestuarios, equipos de tratamiento del agua y servicios necesarios para el buen funcionamiento de la instalación.

Las piscinas de uso colectivo deben cumplir un conjunto de normas para que su funcionamiento y utilización no supongan riesgos en la salud de los usuarios. Estas normas se encuentran reguladas en el "Reglamento Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo" [7]. Así mismo, el Reglamento no será de aplicación a los baños termales, centros de tratamiento de hidroterapia, piscinas dedicadas

a usos médicos y las de uso deportivo, que por sus especiales características estarán sometidas a una normativa específica.

Dentro de las piscinas de uso colectivo encontramos los recipientes de agua destinados al baño infantil colectivo clasificados en "infantiles o de chapoteo" que son destinados a menores de seis años, y "vasos de recreo y uso polivalente", destinados al público en general.

La playa o andén, es la zona horizontal o ligeramente inclinada que rodea al vaso, de material antideslizante y fácil limpieza.

La zona de descanso son áreas de hierba u otro pavimento que funciona para el juego y el descanso de los usuarios.

El aforo del vaso nos indica el número máximo de usuarios que lo pueden utilizar simultáneamente y será el resultante de establecer en las piscinas al aire libre, dos metros cuadrados de superficie de lámina de agua por usuario. Mientras en piscinas cubiertas se establecen tres metros cuadrados por usuario. El aforo se deberá exponer en un lugar visible a la entrada y en el interior de la piscina.

Para evitar los riesgos sanitarios derivados de la presencia de los contaminantes biológicos y químicos, las piscinas de uso colectivo deberán mantener, durante el periodo de funcionamiento, un sistema de depuración que elimine las impurezas y partículas, destruya los microorganismos, evite el desarrollo de algas, limite el carácter irritante del agua y evite la corrosión así como el atascado de las conducciones y distintas partes de los equipos.

El agua de llenado de los vasos procederá de la red pública de distribución de agua de consumo siempre que sea posible. Si tuviera otro origen, será preceptivo un informe sanitario favorable del Delegado Provincial de Salud de la provincia donde se encuentre ubicada, informando sobre la calidad del agua utilizada. El tratamiento del agua tiene como finalidad mantener la calidad del agua de baño, de forma que su uso no suponga un riesgo para la salud de los bañistas. Por ello, deberá realizarse un conjunto de operaciones continuas y simultáneas que permitan la depuración de todo el volumen de agua del vaso, en un periodo de tiempo determinado "Ciclo de depuración".

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un muestreo aleatorio simple sobre algunas de las actividades que desarrolló el administrativo en la Unidad de Protección de la Salud-Sanidad Ambiental, teniendo en cuenta el periodo anual. Así el trabajo en una u otra tarea se encontró menor o mayormente incrementado, aunque no se cerraron los temas hasta finalizar el año.

El estudio se elaboró durante cinco meses, desde mayo hasta septiembre de 2011. Se eligieron seis cometidos entre aquellos que trabajó el administrativo en la Unidad de Protección de la Salud-Sanidad Ambiental, que comprenden desde piscinas de uso colectivo, empresas de desinfección, desinsectación y desratización (D.D.D), muestreo de aguas de baño, vigilancia de las aguas de consumo a través del SINAC, denuncias, hasta servicios jurídicos. De todas ellas quedó registrada aquella documentación que llegó a manos del administrativo por parte de los agentes de control sanitario oficial (ACSO), y que fueron de su competencia como actas, informes de piscinas, de servicios jurídicos y denuncias, almacenamiento semanal de control y vigilancia de aguas de consumo humano, con los correspondientes informes cuatrimestrales y el registro de incumplimientos, contabilización de las hojas de campos e informes en los muestreos de aguas de baño, diligencias de piscinas, y de empresas D.D.D., que previamente fueron inspeccionadas, etc. El administrativo incorporó al estudio sus trámites de escritos, inclusión en base de datos, registro, tratamiento de correspondencia, diligencias de temas diversos, remitir documentación, consultas y petición de informes a los inspectores farmacéuticos, correos electrónicos, revisión de correspondencia, firma y verificación de la documentación por el técnico y/o gerente, registro y archivo de expedientes.

Se fueron observando todas las tareas que el administrativo acometió en cada área analizada, sin estructurar nada. Se registró lo tramitado, perteneciente a los temas examinados y todo se incorporó al estudio. Se enumeraron entre los distintos campos muestreados, estos puntos:

- De los trámites de piscinas [8] se tomaron las diligencias de los libros (Figura 1), consultas de usuarios, informes, inspecciones, base de datos, etc.

En virtud del Decreto 23/1 999 de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de las Piscinas de Uso Colectivo, y a lo referido en su artículo 29, sobre el Libro de Registros y Control de la calidad del agua del vaso de **PISCINA RECREATIVA** del Establecimiento-piscina

Bda. de propiedad de sito en

se procede a la Diligencia oficial de 8 hojas

1 quincenal y 1 mensual de dicho libro con numeración del 01 a la 11

ambas incluidas y selladas por este Organismo en su totalidad. (Desde el 02 de julio hasta el 15 de septiembre de 2013).

En Algeciras, a 2 de julio de 2013

DIRECTORA ADJUNTA
UNIDAD DE PROTECCIÓN DE LA SALUD
A.S.S. CAMPO DE SIBALTAR

Folio:

PRODUCTOS UTILIZADOS:

QUIMICAMP PISCINAS - PH LIQUIDO	Modificador de pH	06-70-1276	10/10/2017
QUIMICAMP PISCINAS ANTIALGAS 300		Algeciras: 11-60-8750	29/06/2016
QUIMICAMP PISCINAS ALBORAL 3 EFECTOS TABLETAS 200 G	Bactericida/Algicida/Floculante	11-60-70-0718	13/04/2016
QUIMICAMP PISCINAS + PH LIQUIDO (EN RENOVACION)	Modificador de pH	07-70-1329	22/03/2011

Figura 1. Diligencia de piscina de uso colectivo

- De las empresas D.D.D. se recopilaron las diligencias de los libros de diagnóstico o tratamiento (Figura 2), por cada empresa, los escritos adjuntos, etc.

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO

N.º Registro Sanitario

DESINFECTACIÓN - DESINSECTACIÓN - DESRATIZACIÓN

Certificado N.º

CONTRATANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Actividad: _____

Tel: _____ C.I.F.: _____

TRATAMIENTO EMPLEADO

DESINFECTACIÓN DESINSECTACIÓN DESRATIZACIÓN

Método de control utilizado: _____

Conte las Especies: _____

Método de Aplicación: _____

Lugar Objeto de Control: _____

PRODUCTOS UTILIZADOS

Nombre Comercial	N.º Registro Sanitario	Mínimo Activo (%)	Dosis

Fecha de aplicación: _____

Acción residual hasta: _____

Director Técnico: _____

DIAGNOSIS

N.º Registro Sanitario

DESINSECTACIÓN - DESRATIZACIÓN

Certificado N.º

DEMANDANTE DEL SERVICIO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Tipo de Actividad: _____

Tel: _____ C.I.F.: _____

ESPECIES DETECTADAS

Nombre Científico	Nombre Vulgar	Estimación Población

Método de Estimación Empleada: _____

Origen Ambiental de la Presencia de las Especies: _____

SI EL PROBLEMA EXCEDE EL ÁMBITO DE LOCALES CERRADOS.

Distribución: _____

Factores controlantes: _____

MEIDAS CORRECTORA RECOMENDADAS

Fecha de aplicación: _____

Acción residual hasta: _____

Director Técnico: _____

DIAGNOSIS

N.º Registro Sanitario

DESINFECTACIÓN - DESINSECTACIÓN - DESRATIZACIÓN

Certificado N.º

DEMANDANTE DEL SERVICIO:

Nombre de la Entidad o Particular: _____

Tipo de Actividad: _____

Dirección: _____

DIAGNOSIS

Nombre Científico: _____ Nombre Vulgar: _____ Estimación Población: _____

Método de Estimación empleada: Visual

Origen ambiental de la presencia de las especies: _____

Distribución: _____

Factores controlantes: _____

MEIDAS CORRECTORA RECOMENDADAS

TRATAMIENTO Y OTROS MÉTODOS DE CONTROL: Desinfectación Desinsectación Desratización

Método de Control utilizado: _____

Conte las Especies: _____

Método de aplicación: _____

Lugar Objeto de Control: _____

PRODUCTOS UTILIZADOS

Nombre Comercial	N.º Registro Sanitario	Mínimo Activo (%)	Dosis

Fecha de la Aplicación: _____

Acción Residual hasta: _____

Director Técnico: _____

Figura 2. Hojas de diagnosis, Empresas de Desinfección, Desratización y Desinsectación

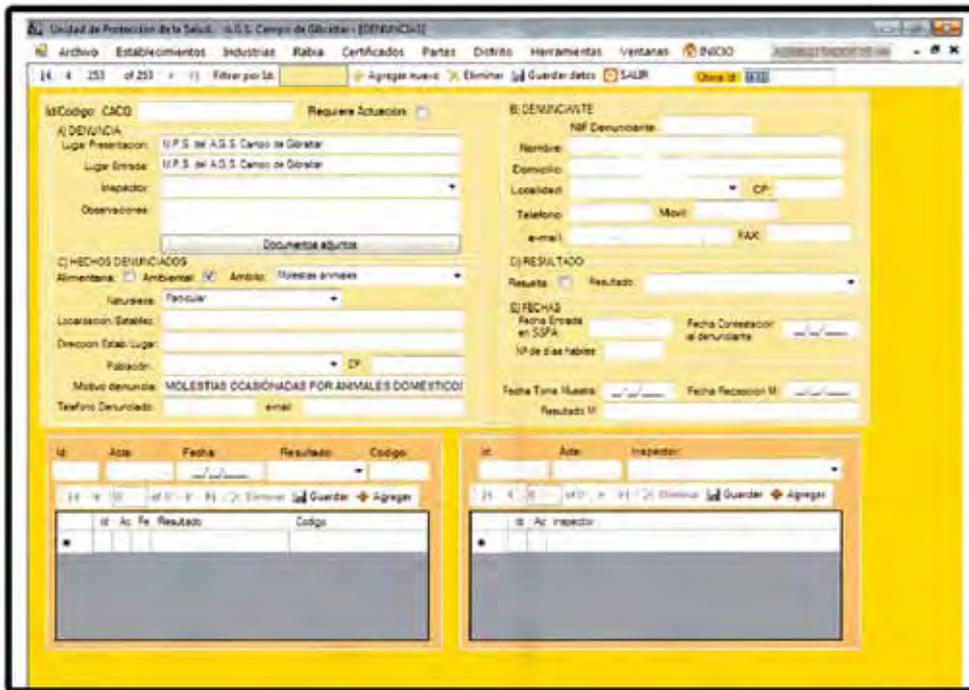


Figura 5. Gestión de denuncias. Programa UNIPRO

- Los servicios Jurídicos que gestionaron los distintos temas elegidos, contienen notas interiores, informes, cartas, actas, envío de documentación, recepción de las mismas, etc.

el tiempo en su tramitación. Se contó con una muestra de 208 días, el 100%.

El análisis sumó un total de 1103 trámites el 100%.

RESULTADOS

También se examinaron las materias que ocuparon el mayor tiempo de trabajo del administrativo, diferenciándose el análisis de los seis temas seleccionados, tomando como referencia la dificultad para resolver y como consecuencia

Los resultados que se desprenden del examen realizado en la Unidad de Protección de la Salud (U.P.S), sobre la muestra de 1103 trámites, el 100% del estudio, se muestra en las siguientes tablas (Diagrama):

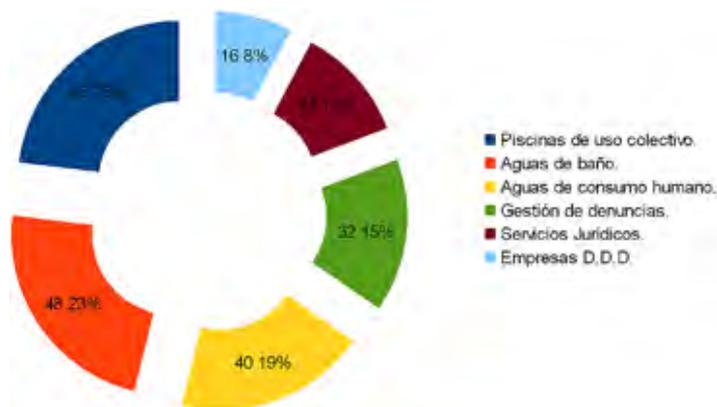


Diagrama. Muestra de 208 días, el 100% de la muestra

Trámites.	Nº de gestiones.	Porcentajes.
Piscinas de uso colectivo.	675	61
Empresas D.D.D.	121	11
Aguas de baño.	79	7
Aguas de consumo humano.	117	11
Gestión de Denuncias.	63	6
Servicios Jurídicos.	48	4

- El rango o recorrido del número de gestiones fue 627 y la media se situó en 184 trámites, con una desviación típica de 221.1.

El tiempo empleado en resolver las gestiones establecidas de cada intervalo, se estableció en 208 días, el 100%, quedando en este orden y con estos resultados porcentuales (Tabla):

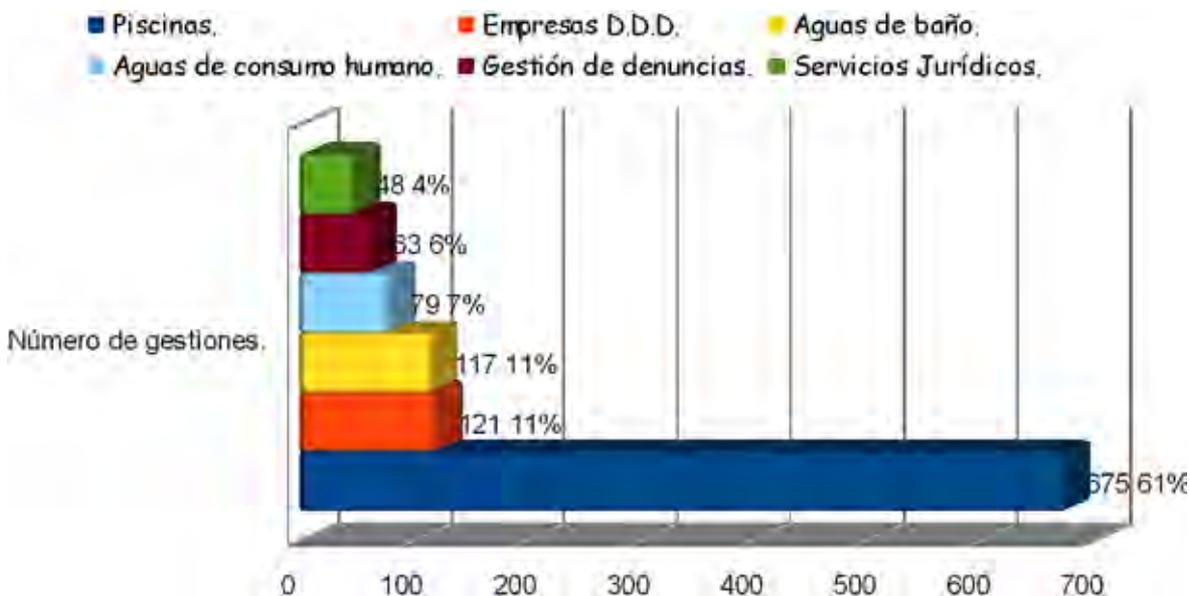


Tabla. Muestra de 1103 trámites, 100% muestreado

Trámites.	Días de gestiones.	Porcentajes.
Piscinas de uso colectivo.	48	23
Aguas de baño.	48	23
Aguas de consumo humano.	40	19
Gestión de Denuncias.	32	15
Servicios Jurídicos.	24	12
Empresas D.D.D.	16	8

- El rango o recorrido de la duración de las gestiones fue 32 y la media se situó en 35 días, con una desviación típica en 10.9.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejaron que la base de los temas elegidos era dispar. Mientras que las aguas de baño y las de consumo humano se controlan y por lo tanto tienen un seguimiento temporal, las denuncias o servicios jurídicos, aún contando con un plazo para su trámite y resolución, no están organizadas temporalmente, si no que surgen dependiendo de otros factores como el propio usuario que denuncia unos hechos o las infracciones cometidas según las materia, o los cambios de normativas, etc. Es importante explicarlo, porque el examen efectuado aborda todas las materias hasta su término.

Las diligencias de piscinas de uso colectivo [10] destacan en primer lugar en las dos líneas del estudio. Se cuenta con un censo muy extenso para toda la comarca del Campo de Gibraltar, incrementándose anualmente y comenzando a diligenciarse las de temporada estival en el mes de mayo, con todo lo que conlleva, citar al usuario, cumplimentar los libros, realizar el escrito, comprobar los productos químicos, la hoja de registro, calcular los días de apertura, remitir la diligencia a dirección para la firma por el gerente del área, y el informe del técnico de la

unidad, mecanizar los resultados de piscinas en la base de datos, unificar los trámites realizados/ elaborados para su archivo, etc.

Señalar que en numerosas ocasiones los “servicios jurídicos” y las “denuncias” pueden ocasionar trámites prolongados, por el tiempo empleado en dar respuesta, pero esto no influye en la primera trayectoria del análisis porque se estudió la cantidad de movimientos realizados en las gestiones y no la duración de las mismas.

No se encontró relación porcentual entre aquellas gestiones en las que intervinieron o no los usuarios.

Durante el periodo estudiado, las variables “aguas de baño” y “piscinas de uso colectivo” [11] lograron unos porcentajes altos, pudiendo deberse a que en los meses estivales la Unidad de Protección de la Salud se ocupa de resolver estos temas, coincidiendo con los meses del estudio.

Las empresas D.D.D., comprende un sector del trabajo que durante todo el ejercicio se mantiene abierto y no tiene época para su realización.

Los inspectores farmacéuticos y veterinarios adscritos a la unidad integran el estudio, aportando documentación, o bien el administrativo se comunica con ellos para realizar consultas sobre las actas (Figura 6) y los informes.

En esta unidad los temas tratados no guardan una regularidad, ni contemplan un mismo re-



Figura 6. Actas para inspecciones

corrido en la mayoría de los casos, porque aún comenzando con la misma estructura, pueden producirse variaciones en su recorrido. El trabajo es de análisis, laborioso y gratificante en la consecución de los objetivos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Decreto 197/2007, de 3 de julio, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2007; 140:14.
 URL:<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/boletin.140.pdf>

[2] Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. Boletín Oficial del Estado 2003; 171:28055-28069.
 URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2003/07/18/pdfs/A28055-28069.pdf>

[3] Decreto 141/2011, de 26 de abril, de modificación y derogación de diversos decretos en materia de salud y consumo para su adaptación a la normativa dictada para la transposición de la Directiva 2006/123/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior. (Artículo 3º modificación del Reglamento Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo). Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2011; 92:10-13.
 URL:<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2011/92/boletin.92.pdf>

[4] Artículo 30 del Real Decreto 140/2003 de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano Boletín Oficial del Estado 2003;45:7228-7245. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/02/21/pdfs/A07228-07245.pdf>
 URL: <http://sinac.msc.es/>

[5] Real Decreto 1341/07, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño. Boletín Oficial del Estado 2007; 257:43620-43625.
 URL:<http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/26/pdfs/A43620-43629.pdf>

[6] Decreto 8/1995, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Desinfección, Desinsectación y Desratización Sanitarias. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1995; 26:1366-1367.
 URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1995/26/boletin.26.pdf>

[7] Suarez Bernal M, Blancas Cabello C. Recomendaciones higiénico-sanitarias en piscinas de uso colectivo. Consejería de Salud 2001.
 URL:http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_3_c_2_medioambiente_y_salud/piscinas_uso_publico/piscinas_de_uso_publico.pdf

[8] Decreto 23/1999, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de las Piscinas de Uso Colectivo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1999; 36:3587.
 URL:<http://www.juntadeandalucia.es/boja/1999/36/boletin.36.pdf>

[9] Decreto 194/98, de 13 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Vigilancia Higiénico-Sanitaria de las Aguas

y Zonas de Baño de Carácter Marítimo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1998; 122:13119-13121.

URL:http://www.osman.es/contenido/profesionales/normativa/decreto_194_1998.pdf

[10] Resolución de 17 de junio de 2003, de la Dirección General de Salud Pública y Participación, por la que actualizan los parámetros del Anexo I del Decreto 23/1999, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2003; 127:14948.

URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2003/127/boletin.127.pdf>

[11] Resolución de 21 de noviembre de 2008 de la Secretaría General de Salud Pública y Participación, por la que se modifica el Anexo I del Reglamento Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo, aprobado por Decreto 23/1999, de 23 de febrero. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2008; 242:56.

URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/242/boletin.242.pdf>

CARTAS AL DIRECTOR

El paradigma de las patologías banales y las urgencias

Sr. Director:

Uno de los principales problemas de la saturación y colapso de los servicios de urgencias, tanto en los centros de salud como en hospitales, es el mal uso, y sobre todo el abuso, que los ciudadanos realizan de estos servicios. Más del 85% de los usuarios que se atienden en urgencias presentan patologías banales que podrían esperar a ser tratadas por el médico de familia y no conllevan emergencia ni compromiso vital (5).

Además, existe un problema de fondo: se confunden las urgencias con los servicios de atención primaria y con las enfermedades agudas (6). Las enfermedades agudas son aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos, son de corta duración (generalmente menos de tres meses), es un término que define "tiempo de evolución" y no "gravedad". El término agudo no dice nada acerca de la gravedad de la enfermedad, ya que existen enfermedades agudas banales (resfriado común, gripe, cefalea...) y otras que pueden ser muy graves (púrpura fulminante, infarto agudo de miocardio...).

La percepción de una urgencia es muchas veces subjetiva, y responde en ocasiones al hecho que el contribuyente tiene derecho a que se le atienda cuando se siente "enfermo". Esto conlleva que los servicios de emergencias vean a diario a enfermos con patologías poco evolucionadas y por motivos de consulta tales como: fiebre de horas de evolución, catarro vías altas, discusión familiar, frustración por pérdida de partido futbol del equipo, dolor muscular, afta bucal, rozaduras de zapatos... El abuso también refleja la falta de responsabilidad y autocuidados, unos usuarios autoritarios, demandantes de un sistema paternalista, que tienden al individualismo, la cultura de la inmediatez... Vivimos un tiempo en que los pacientes, más que a curarse, acuden a ser curados (a que los sanitarios los curen).

La definición de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sola-

mente la ausencia de afecciones o enfermedades" ha servido para entender como enfermedades cosas que no lo son y la "medicalización" de lo cotidiano, crisis vitales...

La promoción realizada por las administraciones públicas de la sanidad gratuita y la falta de dedicación a la educación para la salud están contribuyendo a que no se haya fomentado un uso racional de los servicios y el autocuidado.

Entendemos a la salud y la enfermedad como un proceso continuo, en donde un polo no existe sin el otro, es decir, nunca estamos del todo sanos, o del todo enfermos (4). Ni la salud ni la enfermedad son constantes o absolutas; son estados de bienestar que cambian continuamente. Las personas no suelen pensar en su salud en los términos científicos; sin embargo, la mayoría sabe cuándo está funcionando en su máximo nivel mental, físico y social, y suelen saber cuándo están enfermos, según las normas que han establecido para sí mismos. Cada persona es un individuo único, interpreta su estado de salud y enfermedad según su perspectiva particular.

Sin embargo, estas perspectivas personales están influidas considerablemente por

factores sociales y culturales. Al estudiar la salud de un individuo, es importante comprender el contexto social en el que vive. Todas las sociedades y subculturas que las componen tienen sus propias normas con respecto a la salud y a la enfermedad (3).

Nos sentimos impulsados a cumplir las expectativas de los pacientes. Deberíamos rescatar la honestidad de insistir en que muchos problemas se curarán con o sin médico, sin alarmismo ni intervencionismos innecesarios. La "medicalización" de las situaciones normales y lo cotidiano es perjudicial para los sistemas sanitarios y los pacientes. Acudir al médico cuando se está realmente enfermo es un acierto, y hacerlo cuando no

se está puede ser peligroso (iatrogenia, burnt out de los profesionales, falsas expectativas y falsa sensación de seguridad, aumento de recursos y gastos, insatisfacción por ambas partes). El concepto de prevención cuaternaria parte de esta idea (1).

Más de la mitad de la medicina, sobre todo en atención primaria, se debe hacer hablando. Explicando al paciente lo que le ocurre, la necesidad o no de intervenir, mostrarle la posibilidad de esperar y ver, devolviéndole la responsabilidad. Debemos hacerles saber honradamente las posibilidades de resolución espontánea, las probabilidades de salir de un problema menor por sí solos, y ofrecerles ayuda si así no sucede. Lo que ocurre es que esto necesita tiempo en la consulta, la introducción de la atención primaria en la formación universitaria y la humildad como elemento clave de la profesión. Hay que resaltar en la formación de los sanitarios la importancia de la comunicación con los pacientes y las ventajas de la actitud expectante.

Una consulta llena de problemas que se resolverán solos y de trámites burocráticos garantiza tranquilidad al profesional que la dirige, pero corre el riesgo de dejar fuera a los verdaderos enfermos. No sólo por la dificultad de acceder a consultas saturadas, sino también por la necesidad de derivar a esos pacientes a otro nivel donde haya tiempo para tratarlos.

Puede que nos guste sentirnos imprescindibles tratando problemas que evolucionarán favorablemente sin nuestro concurso y así conseguir el agradecimiento y la adhesión de pacientes. Intervenir con fármacos en enfermedades banales y autolimitadas es casi un éxito garantizado de su tratamiento..., salvo por los terribles efectos secundarios de la medicación superflua.

Los sanitarios estamos entrenados en las facultades para actuar. En nuestro ideario, ante el paciente que sufre, no podemos permanecer quietos. Esta es una de las explicaciones de por qué nos es mucho más sencillo poner medicación que no hacerlo, o incluso, retirar la ya prescrita. La actitud desprescriptora debe formar parte

de nuestra práctica habitual, pero cuadra mejor indicar medicamentos con nuestro esquema mental (2).

La solución a estos problemas se conseguirán a través de: educación, información, participación social, responsabilidad, respeto, solidaridad, consideración hacia los demás, consulta médica periódica (aún cuando se esté sano), compromiso por el cumplimiento de lo indicado por el sanitario...

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; 8: 312-7.
2. Le Couteur D, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust Prescr*. 2011; 34: 182-5.
3. Olsen J, Christensen K, Murray J, Ekbohm A. An Introduction to Epidemiology for Health Professionals. New York: Springer Science+Business Media; 2010.
4. Piédrola Gil G, Gálvez Vargas R, Domínguez-Rojas V. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª Ed. Barcelona: Edit. Masson; 2001.
5. Quintana Gómez JL. La tentación de tratar enfermedades banales. *AMF* 2013; 9: 182-183.
6. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2005; 17: 138- 44.

Juárez Jiménez MV

Médico de familia

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Baena Bravo AJ

Enfermero de Atención Primaria

Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Estudiante 4º Grado de Podología. Universidad de Málaga

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

A propósito de un caso de uña encarnada en Atención Primaria: técnica de alcohol-fenol

Sr. Director:

La matricectomía química más prevalente en la resolución de casos de onicocriptosis I y IIa, donde no hay hipertrofia de pliegues ungueales, es la técnica de Fenol-Alcohol¹. Es un procedimiento que habitualmente se utiliza en el tratamiento de la uña encarnada del primer dedo del pie. Debido a su localización y biomecánica, este dedo es el que se encuentra con mayor asiduidad afectado por esta patología (figura 1).

La presencia de tejido de granulación sería anormal en la matriz o lecho ungueal, pero aparece frecuentemente en el pliegue de la uña e hiponiquio².

La onicocriptosis se produce normalmente por un mal corte de la lámina ungueal. Al crecer, la placa ungueal se incrusta y lesiona el rodete periungueal del dedo. Los factores de riesgo implicados son: hiperhidrosis, traumatismos o microtraumatismos de repetición, lesiones de la matriz ungueal, calzado inadecuado y biomecánica anómala del pie. Esta patología ocasiona dolor, inflamación y limitación funcional.

Las indicaciones de matricectomía química son pacientes jóvenes, en presencia o no de infección de pliegues ungueales, sin compromiso vascular, ni diabetes mellitus (aunque puede estar presente en diabéticos tipo 2 con estricto control de glucemia)³. Las principales contraindicaciones son la existencia de mamelón hipertrófico relevante, paroniquia grave e hipersensibilidad al fenol.

Los fenoles poseen actividad bacteriostática o bactericida, fungicida y virucida; pero, en general, no esporicida. La función del fenol es inducir una alteración de la permeabilidad de la membrana citoplasmática, que conlleva a una progresiva salida de constituyentes intracelulares y si aumenta la concentración se provoca la lisis y la destrucción microbiana⁴. Es bacteriostático

fundamentalmente contra bacterias gram positivas, sin embargo tiene escasos efectos sobre Gram negativas y esporas. Su eficacia disminuye en presencia de materia orgánica. Se acepta su uso unido a jabones a una concentración entre 0.23% a 3% en el lavado quirúrgico de las manos. Tiene un efecto remanente, acumulándose en la capa córnea de la piel y se libera lentamente⁴.

El instrumental requerido consta de: mango de bisturí nº 3 y hoja nº 15, mosquito, pinza de Adson sin dientes, escoplo, alicate inglés, gubia nº3, cucharilla de Volkmann, lima ósea, cizalla gubia, tijeras de Mayo, pinzas de cangrejo y fenol licuado concentrado al 100%, alcohol isopropílico al 70%, dos jeringas de 5 cc, dos agujas intramusculares pediátricas 23G 0.6x25 mm, bastoncillos, gasas, anillo hemostático y mepivacaína al 2% sin vasoconstrictor.

La actuación se lleva a cabo en asepsia rigurosa del campo quirúrgico. Se realiza bloqueo anestésico del primer dedo y hemostasia con un anillo hemostático que nos evite un posible sangrado durante la intervención quirúrgica. El sangrado durante el acto quirúrgico, es contraproducente en la efectividad de la técnica, debido a una posible dilución del fenol antes de actuar sobre la zona deseada.

En primer lugar, se marca o diseña la porción de placa ungueal que ha de extraerse, debiendo ser recta y de orientación longitudinal, es decir, próximo-distal.

A continuación, separamos la placa ungueal de los tejidos blandos. Nos servimos del escoplo para liberar la porción de lámina dañada: la mano pasiva sujeta en todo momento la porción de lámina ungueal no afecta, evitando su separación del lecho ungueal. El escoplo se destina para desligar la cara dorsal ungueal de la porción a extraer del eponiquio, introduciéndolo hasta el final de la matriz ungueal, denotando la existencia de un tope óseo (meseta falange distal), que

impide su progresión. Se vuelve a introducir el escoplo por el hiponiquio, por la cara plantar de la porción de placa ungueal lesionada, paralelo al eje longitudinal, separando la uña del lecho subungueal. Finalmente, se desune la porción lateral de lámina de los tejidos periungueales adyacentes. Una vez identificada la porción ungueal que ha de eliminarse, se dirige el alicate inglés por la zona marcada y se ejecuta un corte paralelo al canal. El corte se prolonga con la gubia del n° 3 bajo el eponiquio hasta tocar de nuevo, la meseta ósea de la falange distal, siguiendo el trayecto marcado por el alicate inglés.

Nos servimos de un mosquito curvo y mediante un movimiento de rotación hacia el centro de la uña y hacia proximal³ se logra la exéresis de la porción ungueal. Comprobamos que la extracción de lámina ha sido completa y no han quedado restos. Se procede a una resección del lecho en forma de cuña empleando bisturí n°15, realizando una incisión en forma de cuña⁵.

Se concluye efectuando un raspado con cucharilla de Volkmann, eliminando la parte de periostio íntimamente ligada a la matriz ungueal. El procedimiento consiste en raspar y limpiar la cucharilla, ya que es posible la presencia de restos celulares en ella y depositarlos en el territorio de la matriz haciendo germinar nuevamente la uña.

Se limpia la región con suero fisiológico, secando muy bien mediante una gasa estéril. Es aconsejable, superponer una película de vaselina para no quemar la región circundante, previa a la aplicación del fenol. El fenol licuado se deposita con la ayuda de un bastoncillo de algodón durante 1 minuto, llegando hasta la matriz. Posteriormente se lava la zona, en primer lugar empleando alcohol de 70° y en segundo lugar usando suero fisiológico.

Antes de finalizar la intervención, se coloca un drenaje de hidrogel en mecha en el canal, o bien, mecha de gasa impregnada en povidona yodada en gel. Se usan tiras de aproximación a fin de coaptar los bordes y un tul grasum para recubrir el área, se finaliza retirando el anillo hemostático y adaptando un vendaje semicompresivo al dedo.

Las recomendaciones postquirúrgicas se fundamentan en que el paciente permanezca en reposo relativo, el pie elevado y alternándolo con perio-

dos de paseos por el domicilio. La deambulación ha de ser precoz, unos 10 minutos cada hora.

Las curas serán efectuadas pasadas las primeras 48 horas con sulfadiacina argéntica en pomada, impregnando la mecha de gasa. Al quinto día del postoperatorio, el propio paciente se dará baños de agua fría y sal a diario, así como aplicación de povidona yodada.



Figura 1: Primer dedo del pie derecho con onicocriptosis en estadio IIa. Mal corte de la lámina ungueal. La placa ungueal está incrustada en su borde lateral, lesionando el rodete periungueal. Presencia de inflamación, edema y eritema

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Nova A, Sánchez-Rodríguez R, Alonso-Peña D. A new onychocryptosis classification and treatment plan. *J Am Podiatr Med. Assoc.* 2007; 97:389-393.
2. Kovich OI, Soldano AC. Clinical pathologic correlations for diagnosis and treatment of nail disorders. *Dermatologic therapy.* 2007; 20: 11-16.

3. Jeffrey F. Yale: Phenol-Alcohol Technique for Correction of Infected Ingrown Toenail. Journal of the American Podiatric Medical Association. 2007; 97 (4).

4. Rutala WA, Weber DJ and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. Atlanta (USA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2008. Disponible en: http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/toc.html

5. Joel J. Heidelbaugh, MD; Hobart Lee, MD.: Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009; 79 (4): 303-308.

Juárez Jiménez MV

Médico de familia

Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

Baena Bravo AJ

Enfermero de Área de Urgencias

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Graduado en Podología

De La Cruz Villamayor JA

Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir

Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Técnica de Frost para onicocriptosis con uña curvada y recidivas en Atención Primaria

Sr. Director:

Para llevar a cabo cualquier cirugía es indispensable conocer a la perfección la anatomía, la técnica quirúrgica y la biomecánica. Así mismo, cabe destacar la importancia de efectuar siempre un tratamiento a medida del paciente.

Las complicaciones de una cirugía son hechos previsibles y las iatrogenias quirúrgicas son aquellos resultados no esperados debido a una mala praxis.

El éxito o el fracaso de cualquier intervención quirúrgica de la uña, depende de la extirpación completa de la porción de matriz ungueal, lecho ungueal y periostio implicados (1). Hay una íntima relación entre la matriz ungueal, la falange y el periostio. En la meseta de la falange distal se inserta la uña, en la cual se halla una estría que va desde medial hasta lateral y que sirve para la inserción del tendón extensor largo del primer dedo, en este caso. Matriz y periostio (donde también hay células matriciales) están estrechamente ligados.

La técnica de Frost, es una variedad quirúrgica indicada para onicocriptosis con uña curvada y sin inflamación del rodete ungueal (Figura 1), recidivas y para exóstosis en la base de la falange (2). Como ventajas tiene la buena exposición del área de inserción de la matriz, buen resultado estético y escaso índice de recidivas (3).

El instrumental necesario para desarrollar este procedimiento quirúrgico consta de: mango bisturí nº 3 y hoja bisturí nº 15, mosquito, pinza de Adson con dientes, escoplo, alicate inglés, gubia nº3, cucharilla de Wolkman, lima ósea, cizalla gubia, tijeras de Mayo y unas pinzas de cangrejo.

El paciente firma el consentimiento informado, previa facilitación de la información sobre la

técnica Frost y posibles complicaciones: isquemia del colgajo, infección, retraso de la cicatrización en pacientes con hiperhidrosis, etc (4). La intervención se produce bajo la asepsia del campo quirúrgico.

Se procede al bloqueo anestésico del primer dedo. Se lava el área quirúrgica con povidona yodada jabonosa y se prosigue a conseguir la hemostasia mediante un anillo hemostático que nos libere del sangrado que se pueda producir durante el procedimiento quirúrgico.

Se practica un corte con el alicate inglés longitudinalmente y paralelo al canal ungueal de la porción de uña afecta, desde la zona distal hasta la proximal, llegando al eponiquio. Para finalizar el corte y llegar hasta la meseta de la falange emplearemos la gubia siguiendo el recorrido marcado por el alicate inglés. Se coloca el bisturí del nº 15 sobre el surco señalado por los alicates y se hace una incisión profunda hasta el hueso, extendiéndose proximalmente hasta 1 cm del eponiquio (4).

Se realiza una segunda incisión externamente a 90° respecto al extremo proximal de la primera incisión, dirigiéndola plantarmente aproximadamente 1.5 cm. Es importante no llevar esta incisión muy profunda para evitar una isquemia localizada. A continuación, se coloca una hoja nº 15 sobre la placa ungueal, en sentido transversal y se disecciona bajo el surco ungueal de distal a proximal, con gran precaución, formando así un colgajo eponiquial en forma de "L". Este colgajo es cuidadosamente retraído con unas pinzas o erinas, es muy frágil y cualquier manipulación inadecuada puede causarle isquemia. Para evitar este efecto de isquemia de colgajo, la incisión se elabora actualmente en forma de "S" itálica. Esta modificación evita la posible necrosis (4).

Una vez retraído el colgajo, separando la piel y el tejido subcutáneo, se realizan dos incisiones

dorso-plantares en forma de cuña, hasta alcanzar el periostio. La primera discurre desde el eponiquio hasta la zona distal del dedo. La segunda incisión se unirá con la primera incisión desde inicio hasta el final. Esta segunda incisión es externa a la primera y tendrá un carácter semielíptico. Ayudándonos de una pinza de Adson, se retira la porción de uña cortada, el lecho ungueal y la matriz ungueal.

El periostio de la falange se lima para exponer el hueso. Esto es importante para erradicar la porción de matriz ungueal que produce el daño, y así prevenir la recurrencia (5).

Por último, se repone el colgajo en su posición y se sutura con seda o monofilamento de 4/0 ó 5/0, comenzando por el vértice del colgajo. Una vez suturada la herida, se libera la hemostasia para comprobar el sangrado y asegurarnos de que hay una adecuada perfusión postquirúrgica de los tejidos.

Se aplica povidona yodada, tul graso, gasas y un vendaje semicompresivo del dedo. Se le indicarán al paciente las siguientes recomendaciones: elevar el miembro, empleo de frío local, deambulación precoz, curas locales a las 48 horas, a los 5 días y a los 13-15 días. Se aconseja retirar los puntos a los 7-10 días de la intervención. A partir de la retirada de puntos, dar baños o sumergir el pie en agua fría con sal y depositar posteriormente povidona yodada.



Figura 1. Uña involuta en el primer dedo del pie derecho. Bordes laterales de la uña muy prominentes y con gran convexidad dorsal de la placa ungueal. Foto adquirida tras tratamiento quiropodológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim J-Y. Matrixplasty for the treatment of severe incurved toenail with growth plate deformity. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 2012; 102(3): 198-204.
2. O'Brien, Todd D. *Current Techniques of Toenail Surgery*. International Advances in Foot and Ankle Surgery. Springer London; 2012. 125-132.
3. Monari P, Gualdi G, Arisi M, Crotti S, Pinton PC. Letter: onychocryptosis of the toenail: the effectiveness of surgical matricectomy. *Dermatologic Surgery*. 2012; 38(8):1413.
4. Martínez-Nova, Alfonso. *Podología: Atlas de Cirugía Ungueal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.
5. Kosaka M, Kusuhara H, Mochizuki Y, Mori H, Isogai N. Morphologic study of normal, ingrown, and pincer nails. *Dermatologic Surgery*. 2010; 36(1):31-8.

Juárez Jiménez MV

Médico de familia

Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

Baena Bravo AJ

Enfermero de Área de Urgencias

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Graduado en Podología

De La Cruz Villamayor JA

Enfermero de Atención Primaria

Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real)

Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Enfoque integral en el tratamiento de la gangrena en Atención Primaria

Sr. Director:

La gangrena es el estado final de un proceso de isquemia severa donde se produce la muerte celular y destrucción de los tejidos originada por pérdida parcial o total del aporte de sangre. Se considera una forma particular de evolución de una necrosis, condicionada por ciertos gérmenes (no es una forma especial de necrosis). La necrosis se produce por la isquemia y sobre el área necrótica actúan secundariamente los gérmenes saprofitos de la piel. Estos gérmenes interfieren sobre las proteínas, particularmente sobre la hemoglobina, y los productos de descomposición dan la coloración negruzca característica. Puede afectar a pequeñas áreas, órganos y extremidades.

Tanto las lesiones externas como la interrupción interna del aporte de sangre pueden causar gangrena. Las causas externas son: úlceras o heridas en la piel, lesiones por aplastamiento, quemaduras profundas, accidentes industriales, tráfico o agrícolas, heridas de bala, congelación, furúnculos, sustancias químicas, fracturas abiertas... Entre las causas internas destacan: trombosis, embolismos, arteriosclerosis avanzada, diabetes, hernia encarcerada, torción testicular, trastornos vasculares (p. ej. enfermedad de Raynaud). Otros factores que incrementan el riesgo de gangrena son: intervención quirúrgica, inmunosupresión (VIH, transplantados, corticoterapia, quimioterapia, radioterapia...), obesidad, medicamentos (warfarina, vasoconstrictores...) y edad (más frecuente en personas mayores) (1).

La gangrena se clasifica en tres tipos principales: seca, húmeda y gaseosa. Existen otros tipos: gangrena de Fournier (afecta principalmente los genitales masculinos y la zona inguinal), fascitis necrotizante (localizada en capas más profundas de la piel), noma (gangrena facial), etc.

- *Gangrena seca*: ocurre en ausencia de infección bacteriana (el flujo sanguíneo es interrumpido

en un tejido y no se produce una infección secundaria). Su peculiaridad es la alteración del color y secado de la zona (Figura 1). Suele manifestarse como una complicación de diabetes o arteriosclerosis avanzada. Habitualmente se desarrolla de forma lenta e indolora. Los primeros signos son: dolor sordo, frialdad y palidez. Si se detecta precozmente puede ser revertido mediante cirugía vascular(2). Sin embargo, si la necrosis se ha establecido, el territorio afectado debe ser eliminado para no desencadenar gangrena húmeda.

-*Gangrena húmeda*: generalmente aparece en los dedos de los pies, los pies, piernas, después de una lesión por aplastamiento o algún otro factor que causa una interrupción repentina del flujo sanguíneo (tanto venoso como arterial). Se produce principalmente en tejidos y órganos naturalmente húmedos (boca, intestino, pulmones, cervix, vulva), las úlceras por presión ubicadas en sacro, glúteos y talones -aunque no necesariamente húmedas- también se clasifican como infecciones de gangrena húmeda. Cuando hay edema, ampollas o la piel está húmeda, los gérmenes penetran en los tejidos subyacentes, proliferan y dan origen a un estado tóxico; el sitio comprometido de color pardo verdusco no queda bien delimitado. Tiene como resultado la destrucción rápida del área implicada.

-*Gangrena gaseosa*: es progresiva y se caracteriza por formación de burbujas de gas en el territorio necrótico por la acción de una o varias bacterias productoras de toxina del género *Clostridium* que penetran en el organismo a través de heridas. Las bacterias *Clostridium* crecen y se desarrollan en regiones profundas, donde las concentraciones de oxígeno son bajas, produciendo un líquido u olor fétido. Esta forma de gangrena se disemina con mucha rapidez y puede causar mionecrosis, sepsis, toxemia y shock (3). La rápida progresión ocurre por la tendencia del gas a expandirse, abriendo y separando los tejidos; el edema dificulta la circulación, favore-

ciendo la extensión de la infección anaeróbica, exponiendo así progresivamente más superficie a la infección. Se le considera una enfermedad invasora y debido a su tendencia rápidamente expansiva, es considerada una emergencia médica. Se desencadena ante traumatismos, aborto séptico, heridas de guerra, en intervenciones quirúrgicas como resección del intestino y las vías biliares, quemaduras, amputación, insuficiencia vascular en miembros inferiores, cáncer, tras inyecciones o procedimientos ginecológicos. Su tratamiento consiste en extirpar la extensión infectada.

El diagnóstico se basa en:

- *Anamnesis*: indagar por factores de riesgo, dolor e inflamación moderada a intensa alrededor de la lesión, náuseas, vómitos, sudoración, fiebre, escalofríos y ansiedad (incluso aparecen de manera repentina y empeoran con rapidez).
- *Examen físico*: la región puede estar inflamada, oscurecida, con ampollas, despedir olor fétido o drenaje sanguinolento. Otros signos a valorar son: fiebre, taquicardia, hipotensión, frialdad en extremidades y sudoración. El color de la piel inicialmente puede ser pálido, y después progresar hacia rojo o púrpura; incluso adquirir un color amarillo por la destrucción excesiva de eritrocitos (ictericia). Es posible que haya enfisema subcutáneo (gas bajo la piel que crepita).
- *Pruebas de laboratorio*: comprenden una analítica sanguínea completa, hemocultivos, y cultivos de muestras del tejido infectado y del líquido de drenaje. A veces se requiere intervención quirúrgica exploradora para obtener muestras para cultivos y determinar la fuente de la infección o la extensión de la misma. Los estudios de imágenes (radiografía simple, tomografía computarizada y resonancia magnética) pueden ser útiles.

El tratamiento engloba:

- *Desbridamiento quirúrgico, fasciotomía o miectomía*.

- *Cuidado de la herida*: Es importante lavar con agua y jabón la herida minuciosamente, luego con solución fisiológica, povidona, antisépticos y antibióticos.
- *Escisión con amputación*: cuando la gangrena es extensa y los cambios son irreversibles.
- *Antibióticos* sólo no son eficaces porque no penetran suficientemente en las zonas isquémicas (se administran como tratamiento suplementario a la cirugía).
- *Oxigenoterapia hiperbárica* (terapia con oxígeno hiperbárico u oxígeno presurizado al 100%) puede limitar el área de destrucción de tejido y reducir la cantidad de escisión necesaria. Esta intervención tiene éxito variable. Actúa como inhibidor de crecimiento y eliminando las bacterias anaeróbicas (se utiliza para tratar la gangrena gaseosa) (4).
- *Factores de crecimiento, hormonas e injertos de piel, reconstrucción plástica*: si las escisiones quirúrgicas comprenden un espacio grande; también se han utilizado para acelerar la curación de heridas crónicas, gangrena y otras (5).
- *Analgésicos* para controlar el dolor.
- *Transfusiones* de sangre, de plasma, y suero fisiológico para tratar pérdida de sangre, líquidos y shock.

El pronóstico por lo general es favorable, salvo cuando la infección se ha diseminado. Si ocurre esto, la mortalidad se aproxima a 20 a 25%. Sin embargo, con tratamiento temprano, alrededor de 80% de los individuos con gangrena sobreviven; se estima que 15 a 20% requiere amputación. Algunas formas de gangrena tienen resultados favorables después del desbridamiento. También muchos individuos quedan con minusvalía y desfigurados por las amputaciones. Entre las complicaciones más graves, cabe destacar: sepsis, shock e insuficiencia de múltiples órganos (3).

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas, incurables y con mal pronóstico. Los cuidados en atención primaria reúnen las cuali-

dades de ser: integrales, accesibles, coordinados, longitudinales en el tiempo y esenciales. Esta enfermedad es un acontecimiento vital estresante de primer orden y un proceso dinámico (6). Las técnicas de intervención generales que se desarrollan se resumen con el acrónimo REFINO: relación, escucha, facilitación, informar, normalizar y orientar. La mayor dificultad de abordaje de estos pacientes viene dada por la falta de soporte personal, falta de trabajo en equipo de algunos profesionales, "burnt out" (síndrome de agotamiento laboral o fatiga laboral crónica), por lo tanto se debe:

- Informar sobre el tratamiento y pronóstico. El conocimiento que hay sobre su fisiopatología y su tratamiento ayuda al paciente y a la familia, a pesar del mal pronóstico. Recomendar unas medidas de autocuidado: curas locales con antisépticos sin sobrecargar al enfermero, antibióticos cuando sea nece-



Figura 1. Tejido necrótico y desvitalizado en 3º y 4º dedo pie izdo. Región contigua edematizada, a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas del 3º y 4º radio. Lesión hiperqueratósica en zona plantar del tubérculo anterior del calcáneo

sario y tratamiento farmacológico mediante analgésicos (repartiendo la responsabilidad del cuidado y facilitando y normalizando la evolución).

- Crear una relación de confianza y alianza terapéutica (clave fundamental) entre los profesionales, la paciente y la cuidador/a principal para no saturar las urgencias, derivaciones innecesarias, insatisfacción por falsas expectativas. Nuestro objetivo es que el paciente se sienta acompañado y aliviado, siempre primando una actitud de escucha. La comunicación debe ser bidireccional (considerada como uno de los aspectos más importantes del tratamiento).
- Propiciar recursos para lograr una situación de ajuste que le permita enfrentarse más equilibradamente conforme evolucione la enfermedad.
- Entrevistar al cuidador/a principal y miembros de la familia para hacer un planteamiento general de la situación, dudas, recursos, plan de cuidados, disponibilidad de recursos y fomentar la comunicación entre la familia y el paciente.
- Establecer una asiduidad en la comunicación telefónica como herramienta de apoyo y seguimiento puntual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salati SA, Abdullah-Al-Subaie S, Rabah SM. Digital gangrene in end-stage renal disease J Coll Physicians Surg Pak. 2011; 21(11): 708-9
2. Leung L, Painful black toe - a case study. Aust Fam Physician. 2012; 41(9): 704-6.
3. Singh D, Swann A. Skin demarcation and amputation level for foot gangrene following meningococcal septicemia. Foot Ankle Spec. 2013; 6: 384-8.
4. Shaw JJ, Psoinos C, Emhoff TA, Shah SA, Santry HP. Not just full of hot air: Hyperbaric oxygen therapy increases survival in cases of necrotizing soft tissue infections Surgical Infections. 2014; 15:3 (328- 335).

5. Kantarci U, Cepel S, Buldu H. Successful replantation in ten-digit amputation. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2010; 44(1): 76-8.

6. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Sis San Navarra.* 2001; 24 (supp 28).

Juárez Jiménez MV
Médico de familia
Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

De La Cruz Villamayor JA
Enfermero de Atención Primaria
Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real)
Graduado en Podología

Baena Bravo AJ
Enfermero de Área de Urgencias
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)
Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Alteraciones menstruales y disminución de la libido en una mujer con cefalea

Giráldez Abato MC¹, Caro López MC¹, Carretié Warleta M²

¹Médico de Familia. UGC Casa del Mar. El Puerto de Santa María (Cádiz)

²Pediatra. UGC Casa del Mar. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Se trata de una mujer de 42 años que tras dar a luz a su segundo hijo comienza con importantes alteraciones menstruales y disminución de la libido, que fueron el motivo de consulta.

Antecedentes personales: Síndrome del túnel carpiano bilateral. Cefaleas ocasionales inespecíficas. Fumadora de 10 cigarrillos al día desde los 15 años. Menarquia a los 14 años. Telarquia y pubarquia: no lo recuerda. Dos partos vía cesárea.

Antecedentes familiares: hermano talla alta (199 cm). Padre y abuelo paterno: talla alta, no especificada en la historia familiar.

Anamnesis: Disminución de la libido desde el último parto, cefalea holocraneal de unos cinco años de evolución que se intensifica en los últimos meses, menstruaciones irregulares y menorragia, astenia, hiperhidrosis, y engrosamiento de manos y pies con parestesias en los dedos.

Exploración: facies tosca, con pómulos y orejas grandes, boca con mal oclusión y diastema, discreto aumento difuso a la palpación de la glándula tiroidea. El resto del examen por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Frecuencia cardíaca y tensión arterial dentro de valores normales.

Pruebas complementarias. Analítica: Hemoglobina 9,6 gr/ dl; Hematíes 4.650.000 / l. Hematocrito 31,8 %. VCM 68,4 fl. HCM 20,6 pgr. VSG 23 y 46 mm; Colesterol Total 273 mgr/ dl, LDL-C 196,6 mgr /dl, HDL-C 43 mgr / dl, Triglicéridos 167 mgr/dl. Perfil hormonal: Prolactina 33,9 ngr/

ml (valores de referencia 4,7 - 23 ngr /dl), GH basal 40 ngr/ml (val ref 0-10 ngr/ml), Test SOG: GH a los 60 minutos 55 ngr/ml. IGF-I somatomedina C: 809 ngr/ml (val ref 55-360 ngr/ml). TSH, FSH, LH, Estradiol y ACTH con valores dentro de la normalidad.

Pruebas de imagen: Radiografía de tórax normal. Radiografía lateral de cráneo: silla turca aumentada de tamaño con contorno liso y regular. TAC de cráneo con contraste yodado: silla turca aumentada ocupada por una hipófisis de 17 mm de diámetro máximo de aspecto globuloso, con ocupación casi completa de la cisterna supraselar y un tallo pituitario ligeramente engrosado. RMN de cráneo: imagen tumoral de 2,2 x 1,8 cm en silla turca. Ecocardiografía: raíz aórtica y aurícula izquierda moderadamente dilatadas con disfunción diastólica tipo I.

Informe oftalmológico: campimetría con escotoma superior asimétrico bilateral.

Anatomía Patológica: Tumor de células epiteloides, de patrón difuso bien vascularizado, células de amplio citoplasma y núcleos regulares con escaso número de mitosis y ausencia de atipias.

¿CUAL ES SU DIAGNÓSTICO?

- Neoplasia endocrina múltiple MEN 1.
- Adenoma hipofisario productor de GH.
- Carcinoma pituitario.
- Ganglioneuroma hipotalámico.
- Metástasis pituitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ken-ichiro K, Yumie T, Hirofumi M, Kazuhide I, Kaheita K, Seiko S et al. Duodenal adenocarcinoma with neuroendocrine features in a patient with acromegaly and thyroid papillary adenocarcinoma: a unique combination of endocrine neoplasia. *Endocrine Journal* 2012; 59(9): 791-796.
2. Familiar C, Antón T, Moraga I, Ramos A, Marco A. A propósito de un caso de neoplasia endocrina múltiple tipo 1. Revisión de algunas manifestaciones clínicas y controversias en el tratamiento. *Endocrinol Nutr.* 2011; 58(2): 84-89.
3. Wang M. The characteristics of acromegalic patients with hyperprolactinemia and the differences in patients with merely GH-secreting adenomas: clinical analysis of 279 cases. *European Journal of Endocrinology* 2012; 166 (5): 797-802.
4. Chanson P. Pituitary tumors: acromegaly. *Best practice & Research Clinical. Endocrinology & Metabolism* 2009; 23 (5):555-74.
5. Villabona C, Soler J. Diagnóstico bioquímico y morfológico: criterios y algoritmo diagnóstico. *Endocrinol Nutr.* 2005; 52 (3):23-7.
6. Campos Barrera E, Tello Mendoza T, Joya Galeana J, Vergara López A, Ortega Gómez MR et al. Características clínicas y bioquímicas de los pacientes con acromegalia del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 2010; 18 (2):78-83.
7. Posada M, Martín Arriba C, Ramírez A, Villaverde A, Abaitua I. Enfermedades raras: concepto, epidemiología y situación actual en España. *An Sist Sanit Navar.* 2008; 31 (2): 9-20.
8. ORPHANET. Portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease.php>
9. Serri O. An unusual association of a sellar gangliocytoma with a prolactinoma. *Pituitary*, 2008; 11(1); 85-7.
10. Kovács G, Góth M, Rotondo F, Scheithauer B, Carlsen E et al. ACTH-secreting Crooke cell carcinoma of the pituitary. *Eur J Clin Invest* 2013; 43(1):20-26
11. Belfquih H, Akhaddar A, Elmoustarchid B, Bouzetta M. Pituitary Metastasis Revealed by a Chiasma Syndrome. Headache., *American Headache Society* 2010
12. Nassiri F, Kusimano M, Rotondo F, Horvath E, Kovacs K. Neuroendocrine Tumor of Unknown Origin Metastasizing to a Growth Hormone Secreting Pituitary Adenoma. *World Neurosurgery* 2012; 77(1): 201.e9-201.e12.
13. Wang M. The characteristics of acromegalic patients with hyperprolactinemia and the differences in patients with merely GH-secreting adenomas: clinical analysis of 279 cases. *European Journal of Endocrinology* 2012; 166 (5):797-802.

ANALÍTICA	PREVIA AL TRATAMIENTO	30 DÍAS TRAS INTERVENCION	90 DÍAS TRAS INTERVENCION
Hemoglobina	9,6 gr/dl	10 gr/dl	
VSG	23 y 46 mm		
Colesterol	273 mgr/dl		
LDL-C	196,6 mgr/dl		
HDL	43 mgr/dl		
Triglicéridos	167 mgr/dl		
PERFIL HORMONAL			
Prolactina	33,9 ngr/ml (val.ref. 4,7-23 ngr/ml)	40,79 ngr/ml	
Gh basal	40 ngr/ml (val.ref 0-10 ngr/ml)	6,5 ngr/ml	81 ngr/ml
Test SOG:			
Gh a los 60 min	55 ngr/ml.		
IGF-I somatomedina C	809 ngr/ ml. (val.ref. 55-360 gr/ml)	359 ngr/ml	429 ngr/ml
TSH	1,63 µUI/ml (0,27-4,20 µUI/ml)	2,44 µg/dl	
FSH	3,39 mUI /ml	5,2 mUI/ml	
LH	2,07 mUI/ml	4,67 mUI/ml	
Estradiol	95,39 pgr/ml		
ACTH	24,6 pgr/ml (0-46 pgr/ml)		

Tabla 1

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Mareo en mujer de 80 años

Rodriguez Martinez GM¹, Santalo Barreiro OM², Ortiz Suárez S³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Pilas (Sevilla)

²Médico de Familia. Centro de Salud Coria del Río (Sevilla)

³Médico de Familia. Centro de Salud Santa Olalla del Cala (Huelva)

Paciente de 80 años, que solicita visita domiciliaria por presentar, desde hace horas, cuadro de mareo tipo inestabilidad sin conseguir la bipedestación. No presenta fiebre actualmente pero días previos presentó cuadro respiratorio infeccioso no tratado.

Antecedentes personales: la paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas, está diagnosticada de ojo derecho vago e hipertensión arterial en tratamiento con Amlodipino. Intervenido de artroplastia de rodilla izquierda en 2005.

Exploración física: a nuestra llegada a domicilio la paciente presenta buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica; auscultación cardíaca: rítmica, buena frecuencia, soplo sistólico en foco aórtico IV/VI; auscultación pulmonar: mvc, sin ruidos sobreañadidos; abdomen: blando, no doloroso a la palpación, no se detectan masas ni megalias; ausencia de edemas en MMII; exploración neurológica: consciente, orientada y colaboradora, funciones superiores conservadas, pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales conservados, fuerza 5/5 en todos los miembros, sensibilidad conservada, marcha y Romberg no valorables por la clínica asociada, no Nistagmo, sin signos meníngeos, con la movilización cervical el cuadro se reproduce.

Tensión arterial 113/78 mmHg, frecuencia cardíaca 80lpm, glucemia capilar al azar 110mg/dl.

Evolución: la paciente es diagnosticada de vértigo periférico por lo que se pauta Sulpiride 50mg/8h y se deja en domicilio. Tres días más tarde vuelve a realizar consulta por persistir el cuadro y asociar parestesias en manos y pies, el familiar refiere que encuentra su habla pastosa y

lentitud en los movimientos. En esta ocasión en la exploración neurológica destacan: movimientos oculares extrínsecos afectados con limitación de la mirada vertical hacia arriba, ligera desviación de comisura hacia la derecha, fuerza 4/5 en miembro superior izquierdo con sensibilidad conservada, hiporreflexia generalizada, reflejo plantar extensor izquierdo, dismetría clara dedonariz en el lado izquierdo, macha imposible por inestabilidad con lateropulsión a ambos lados. Ante estos hallazgos la paciente es remitida a urgencias de hospital para estudio. Una vez allí queda en observación y a continuación se detallan los hallazgos más significativos en las pruebas complementarias.

Pruebas complementarias realizadas en urgencias de hospital: hemograma: Hb 17g/dl, Htco 50 %, HMC 31,1 pg Leucocitos 13080, neutrófilos 9,65 x 10³/uL, plaquetas 207000. Bioquímica K 5,69, PCR 7. INR 1. Líquido cefalorraquídeo: aspecto de agua de roca, bioquímica normal, Tinción Gram: no se observan microorganismos, cultivo negativo.

Se efectúa TAC craneal (cuyas imágenes se exponen a continuación): ocupación del seno maxilar izdo. No se identifican lesiones hemorrágicas intra o extraaxiales ni imágenes que sugieran lesión isquémica aguda. RNM sin hallazgos significativos.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).
- b) Accidente cerebrovascular agudo.
- c) Síndrome de Miller Fisher.
- d) Síndrome de Guillain Barré.
- e) Encefalopatía de Wernicke.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 15, Núm. 1)
(Med fam Andal 2014; 15: 103)

Respuesta razonada al caso *dolor de larga evolución en 5º dedo de mano izquierda*

Soriano Villalba G¹, López-Cortacans G²

¹Médico de Familia, Centro Urgencias Atención Primaria, Centro Salud, Salou, Tarragona. Institut Català de la Salut

²Enfermero, centro salud, Salou, Tarragona. Institut Català de la Salut

Respuesta c. El *encondroma* es el tumor primario más frecuentemente reportado en los huesos largos de la mano representando hasta dos tercios de las lesiones óseas. La mano y muñeca son de los sitios más frecuentes de aparición de encondromas, siendo la localización de éstos hasta en 54% de los casos¹. Se presenta entre la 1ª y 4ª década de la vida. Los sitios más frecuentes son la falange proximal y la media, seguidas de los metacarpianos siendo mucho menos frecuentes en la falange distal². Las características radiográficas típicas de un encondroma incluyen imagen lúcida central bien delimitada en la diáfisis o metáfisis de los huesos de la mano (Figuras). La apariencia histopatológica del encondroma es similar a la del cartílago normal en términos de cantidad y características de los condrocitos (núcleos pequeños con mitosis-

sescas) esparcidos en lagunas de matriz hialina, con septos de tejido conectivo y calcificaciones que le dan una apariencia nodular. Frecuentemente los encondromas de las falanges muestran mayor actividad mitótica lo cual puede sugerir malignidad aunque su comportamiento clínico es benigno³.

¿Cómo se trata el encondroma?

El tratamiento de las lesiones solitarias depende de los síntomas, la característica de la lesión y el riesgo de fractura. En pacientes con dolor, deformidad cortical o riesgo de fractura se recomienda manejo quirúrgico. El tratamiento recomendado es curetaje de las lesiones en cuanto se diagnostiquen. La recurrencia del encondroma después de curetaje sucede en 2-15% de los casos⁴.



Figuras: Rx dedo 5º

Bibliografía:

1. Fernández-Vázquez JM, Ayala-Gamboa U, Camacho-Galindo J, Sánchez-Arroyo A. Encondroma de la falange distal. Acta Ortopédica Mexicana. 2011; 25: 376-379
2. Gutiérrez P, Sastre S, de Anta Díaz, B. Encondroma solitario en falange distal del cuarto dedo de la mano. Nueva modalidad de tratamiento. A propósito de un caso. Rev Soc Andaluza Traumatol Ortop. 2002; 22:217-21.
3. An YY, Kim JY, Ahn MI, Kang YK, Choi HJ. Enchondroma protuberans of the hand. American Journal of Roentgenology. 2008; 190:40-44.
4. Takada A, Nishida J, Akasaka T. Juxtacortical chondroma of the hand: treatment by resection of the tumour and the adjacent bone cortex. J Hand Surg. 2005; 30:401-5.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 15, Núm. 1) (Med fam Andal 2014; 15: 104-105)

Respuesta razonada al caso *dermatosis con escasa respuesta al tratamiento médico conservador*

Juárez Jiménez MV¹, Baena Bravo AJ²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

²Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepeñas II (Ciudad Real)

Respuesta correcta: 3. Enfermedad de Bowen

Es un carcinoma espinocelular o epidermoide in situ. El dermatólogo bostoniano, John Templeton Bowen, fue quien la describió en 1912.

Suele presentarse habitualmente en pacientes de más de 60 años, con un ligero predominio en mujeres (es rara en menores de 30 años).

Las localizaciones más frecuentes son cabeza, cuello y en las piernas. Aparece como una lesión única, aunque en el 10-20% de los casos pueden aparecer varias lesiones en el mismo momento. La mayoría, son lesiones solitarias, se extienden por todo el espesor de la epidermis, aunque la membrana basal permanece intacta. Es persistente y progresivo, con posible malignización, aunque también puede haber regresión parcial de la lesión.

Los factores etiológicos relacionados son: la exposición solar crónica, el arsénico, radiación ionizante, genética, traumatismos, inmunosupresión y la infección por algunos tipos de virus del papiloma humano (especialmente el HPV16.) (8). Es más frecuente en personas con fototipo I/II y se ha descrito un aumento de incidencia en pacientes sometidos a fototerapia PUVA.

Se manifiesta típicamente como una placa, mácula o pápula fina de uno a varios centímetros de color rojo o parduzco, de lento crecimiento centrífugo, eritematosa, con escama o costra sobre la misma, de bordes irregulares, bien

delimitada que puede recordar incluso a una placa de psoriasis (pero es mucho más estable y no responde al tratamiento con corticoides). En algunos casos puede observarse pigmentación. Cuando afecta pliegues o la zona periungueal el diagnóstico puede verse dificultado. Si aparece en mucosas se denomina eritroplasia.

El estudio histológico confirmará el diagnóstico. La epidermis es remplazada por queratinocitos anormales con desórdenes en la maduración y pérdida de polaridad. Existe acantosis epidérmica con presencia de queratinocitos atípicos, con alteración de la morfología normal, ausencia de maduración y mitosis que afectan a todo el espesor de la epidermis.

El diagnóstico diferencial se plantea con: carcinoma basocelular superficial, eczema crónico, queratosis actínicas, liquen plano, psoriasis, queratosis seborreica, queratosis liquenoide benigna, enfermedad de Paget cutánea o melanoma amelanótico.

La probabilidad de que una lesión no tratada progrese a un carcinoma espinocelular invasivo se estima en un 3-5%. Además, diferentes estudios afirman que un carcinoma espinocelular que aparezca sobre una enfermedad de Bowen hará metástasis en un 13%, por lo que su correcto diagnóstico es importante (9). El diagnóstico de Bowen es un marcador de riesgo de desarrollar otros carcinomas cutáneos no melanoma (30-50% de pacientes). No se ha podido confirmar que la enfermedad de Bowen sea un marcador de neoplasias internas (excepto en los casos por exposición a arsénico) (21).

Últimamente han surgido otras opciones con diferentes tratamientos tópicos, todo dependerá del tamaño, número y localización de la lesión, de las comorbilidades y edad del paciente.

Agentes citotóxicos tópicos: el 5-fluoracilo.

Radioterapia: sus indicaciones fundamentales son las lesiones grandes, si fracasa el tratamiento quirúrgico o si éste resulta dificultoso, en personas de edad avanzada (15).

Imiquimod: fármaco con un efecto inmunomodulador, induce una estimulación de la respuesta inmune del individuo, que sería la encargada de eliminar la lesión. Los inconvenientes son: ausencia de control histológico de la eliminación de la lesión tumoral, y su alto poder irritante (17).

Láser: es un tratamiento de difícil disponibilidad y que no permite control histológico. Aunque no debe ser un tratamiento de elección, puede ser utilizado en casos seleccionados: síndrome de Gorlin, pacientes con pluripatología en que el tratamiento quirúrgico convencional suponga un riesgo o en localizaciones difíciles que precisen para su tratamiento la realización de plastias. Puede emplearse CO₂ o terapia fotodinámica (20).

Por otra parte, los tratamientos de tipo quirúrgico siguen siendo una opción a considerar en muchos casos.

Escisión quirúrgica: es la técnica de elección siempre que sea posible, ya que permite extirpar el tumor en su totalidad y realizar un estudio anatomopatológico posterior para determinar si los bordes de la pieza quirúrgica están libres. Una variante de esta técnica es la microcirugía de Mohs, en la que se realiza estudio histológico de la pieza en el propio operatorio de forma, que se determina si es necesario o no continuar ampliando los márgenes de escisión; es una técnica empleada fundamentalmente cuando se afectan zonas comprometidas (14)-

Curetaje y electrocoagulación: consiste en la extirpación mediante una cureta, en base a la mayor friabilidad del tumor en relación a piel sana. Posteriormente la zona tratada se electrocoagula para eliminar restos. El inconveniente es la imposibilidad de confirmar la extirpación total.

Criocirugía: tratamiento con nitrógeno líquido. Puede emplearse en lesiones pequeñas, aunque no permite confirmación histológica ni determinar si la extirpación ha sido total.

Otras respuestas

1.- Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) se definen como zonas localizadas de necrosis que aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida en tejidos blandos sometidos a compresión entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa.

Se producen como consecuencia de la presión (fuerza perpendicular a la piel que produce aplastamiento tisular y que puede ocluir el flujo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y en caso de persistir durante un prolongado periodo de tiempo, necrosis) y de la fricción (fuerza tangencial producida por roces o movimientos).

Las zonas de localización más frecuentes son: región sacra, talones, tuberosidades isquiáticas y caderas.

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares, etc.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación, etc.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección, etc.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, etc.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis, etc.

- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa, etc.
- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal).
- Inmovilización
- Tratamientos o fármacos inmunosupresores.

Cualquier persona en riesgo deberá ser valorada sistemáticamente en la primera visita domiciliar o en el primer contacto por parte de profesionales sanitarios para establecer el estado de integridad cutánea en toda su superficie corporal. Para ello se utiliza la escala de Braden (16) que tiene mayor sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. Mide el riesgo de aparición de úlceras por presión en un paciente y planifica anticipadamente un plan terapéutico. Una puntuación de 18 o menor indica riesgo de aparición de UPP.

Las úlceras por presión se clasifican en (18):

- Estadio I: Alteración observable en piel íntegra que no palidece (no blanqueable). En pacientes de piel oscura puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis, o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido o lesión subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente. Puede presentar cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.
- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.). Puede presentar cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor eficacia que la cura tradicional (gasa seca

o mojada). Debemos reducir el riesgo de infección y estimular la cicatrización de la herida con un correcto lavado de manos, una adecuada limpieza de la herida y un desbridamiento efectivo. La estrategia a seguir será (5):

-Limpieza: Utilizar suero fisiológico salino. Limpiar la herida inicialmente y en cada cambio de apósito, con la mínima fuerza mecánica sin dañar tejido sano (0.05-0.21 mbar) la cual se obtiene utilizando una jeringa de 35 mm con un Advocath nº 19 o una botella unidosis de 100 ml de SF. Si se han de eliminar restos de pomadas o pastas usar productos oleosos (aceites) nunca con agua. No se debe limpiar la lesión con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, ácido acético, agua oxigenada y soluciones de hipoclorito) pues son productos citotóxicos para el nuevo tejido y puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo. Únicamente se recomienda su uso en heridas con tejido desvitalizado que van a ser sometidas a desbridamiento cortante.

En el Estadio I, las lesiones cerradas se pueden lavar con agua tibia y jabón. Elegir un apósito laminar semipermeable adhesivo. En zonas donde haya signos de aparición inminente de úlcera, colocar apósitos hidrocoloides extrafinos y transparentes que permiten ver la evolución de la lesión. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados sobre zonas con enrojecimiento cutáneo.

En el Estadio II, sí flictena: perforar con seda. Valorar la cantidad de exudado en la aplicación del apósito. Utilizar apósitos hidrocoloides.

En los Estadios III y IV, con signos necróticos o esfácelos, haya o no signos de infección: desbridar mediante alguno de los métodos que se nombran a continuación o mediante la combinación de estos.

-Desbridamiento: Utilizar materiales estériles para minimizar la contaminación y mejorar la curación mediante limpieza y desbridamiento (existen niveles altos de bacterias en los tejidos necróticos de las heridas). Si existe pus o mal olor, se precisa una limpieza y un desbridamiento más frecuente. Tipos de desbridamiento:

- **Quirúrgico:** la escisión quirúrgica es el método más conveniente para retirar el tejido desvitalizado. Implica la utilización de bisturí y tijeras. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones, siempre comenzando por el área central, procurando la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Si hay hemorragia ejercer compresión directa y usar apósitos secos o alginatos durante 24 horas, cambiando después a un apósito húmedo. Para prevenir el dolor, se recomienda la aplicación de anestésico tópico (gel de lidocaina 2% tópico) o analgésicos por vía oral.
- **Enzimático:** técnica adecuada cuando no se puede utilizar el desbridamiento quirúrgico. La colagenasa es la más utilizada, se consigue mayor efectividad si se empapa con suero cada 4/6 horas, sin retirar la colagenasa. No se ha de usar con povidona yodada. Se puede proteger la piel perilesional con pasta de Zinc. La úlcera debe cubrirse con apósitos húmedos. El desbridamiento autolítico o enzimático es específico para el tejido necrótico y no daña el tejido sano, aunque es mucho más lento. La curación tiene lugar cuando todo el tejido necrótico se ha retirado.
- **Autolítico:** será la primera opción según la cantidad de exudado, es apropiado en pacientes que no toleran otros sistemas y en los que no desarrollan infección, en cuyo caso está contraindicado. Se basa en el principio de cura húmeda. Se utilizará un apósito hidropolimérico y regularemos la cantidad de exudado, absorbiendo el exceso con un alginato o aportando humedad con un hidrogel. Es la forma de desbridamiento más selectiva, indolora y atraumática (no afecta al tejido sano), pero enlentece el proceso.
- **Mecánico:** elimina tejido viable y no viable, por lo que está en desuso. La hidroterapia puede utilizarse para desbridar heridas y suavizar escaras.

-Hemostasia: Si procede, mediante compresión, o si el sangrado es abundante, mediante gasas empapadas en agua oxigenada o en adrenalina al 1:1000.

Cuando el desbridamiento se asocia a sangrado debe emplearse un apósito seco en las siguientes 8 a 24 horas para pasar después a generar humedad en la zona.

-Apósitos: Mantener la piel del tejido perilesional seca, manteniendo el lecho de la úlcera siempre húmedo. Basados en los principios de la curación húmeda de heridas hidrogeles e hidrofibras. Aplicándolo sin recortar y excediendo en al menos 3 cm del borde de la lesión. Para evitar que se formen abscesos o se “cierre en falso” será necesario rellenar parcialmente las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por su deterioro y las características específicas del producto seleccionado, teniendo en cuenta que los cambios frecuentes pueden lesionar el lecho lesional.

La utilización de apósitos de carbón plata ha demostrado ser más eficiente en el manejo de la carga bacteriana que la limpieza y desbridamiento solos.

Hay que dar a un apósito un tiempo de dos semanas para que actúe, por lo que no se recomienda pasar a otro distinto en ese tiempo. Reconsiderar su elección en caso de que la retirada esté creando problemas de dolor, hemorragia ó agresiones. La retirada del apósito se debe hacer mediante su humedecimiento, si se hace con rapidez puede infligir daño. Considerar la utilización de los apósitos de retirada atraumática basados en siliconas suaves.

Debemos conseguir un control óptimo del dolor durante la cura. Los analgésicos orales pueden proporcionar cierto alivio pero no deben considerarse como la única solución. Una vez finalizada la cura se realizará un vendaje blando y protector para la fijación del apósito.

2.- Patomimia

Cotterill define los “artefactos” como lesiones causadas o perpetuadas por la acción del paciente (3).

La prevalencia de esta enfermedad es excepcional. Tiene un predominio femenino y es más frecuente en personas jóvenes y solteras. Suelen tener entre 15 y 25 años de edad, es raro en niños y excepcional por encima de los 55 años. Puede presentarse con una gran variedad de formas clínicas que va a depender del método empleado para realizar la autolesión. Las más frecuentes son (23):

- *Úlceras*: es la lesión más frecuente. Tiene una morfología que llama la atención: regularidad perfecta de los bordes o, por el contrario, contornos irregulares, con segmentos rectilíneos, ángulos agudos y obtusos, formas triangulares, estrelladas, lineales...
- *Ampollas*: con aspecto insólito, los elementos son alargados, angulosos, poligonales... Las lesiones se deben a quemaduras o cauterizaciones por agentes químicos o medicamentosos.
- *Excoriaciones*: es la lesión artefacta más fácilmente diagnosticable. Su morfología suele ser lineal, y mayoritariamente causada con las uñas. Plantear el diagnóstico diferencial con las "excoriaciones neuróticas", pero en éstas el paciente reconoce su ejecución. Las excoriaciones se sobreinfectan fácilmente, y habitualmente hay un dato llamativo: la no presencia de prurito previa.
- *Induraciones*: ocasionadas con inyecciones de leche, orina...
- *Costra localizada*: cuadro de afectación labial descrito por Savage, que consiste en costras queratósicas o hemorrágicas que afectan a los labios sin causa establecida y en la cual se sospecha manipulación deliberada o inconsciente. En todas ellas se detectan problemas de personalidad.
- *Lesiones eccematosas*: por aplicación cutánea de irritantes o por re-exposición a productos alérgicos en casos de dermatitis de contacto.
- *Edemas*: el linfedema facticio es un linfedema recidivante unilateral, sin aparente obstrucción linfática o venosa y está bien delimitado por un anillo de distinta coloración.

En el diagnóstico de artefactos cutáneos están implicados la naturaleza de la lesión y las circunstancias que rodean su aparición, y la personalidad del paciente (4):

- *Morfología y configuración de las lesiones*: las lesiones tienen aspecto fantástico", apareciendo de repente, a intervalos irregulares, normalmente una o dos al "mismo tiempo, con forma regular y geométrica y adoptan un curso rápido. La primera reacción es una fuerte impresión, de gran importancia para el diagnóstico. La DA siempre es destructiva (úlceras, enucleaciones, gangrenas...). Las localizaciones múltiples suelen ser una característica femenina, mientras que la localización única tiene un predominio en varones. La simetría es un dato distintivo de la DA.
- *Distribución de las lesiones*: aparecen en el radio de acción de las manos, y serán más numerosas en lugares accesibles a la mano derecha en los diestros, y al revés en los zurdos. Habitualmente, palmas, plantas, nariz, boca, pabellones auriculares, cuero cabelludo y genitales están respetados. La localización corporal de la DA tiene un significado psicológico.
- *Apariencia del paciente*: una observación destacable, la actitud mental de calma y complacencia (la belle indifférence de los franceses) en la cara. Un alto nivel de inteligencia es compatible con el diagnóstico de DA, pero no lo es una personalidad madura.
- *Cronología*: las recidivas que siguen a periodos de estrés, la desaparición después de varias visitas, la aparición en determinadas fechas, el desarrollo durante la noche, el comienzo que coincida con problemas escolares, sexuales, matrimoniales o dificultades en el trabajo... son sugestivas de autolesiones y estarán de acuerdo con la edad y circunstancias del paciente, interpretándose la lesión como un intento de comunicación no verbal.

La incapacidad o falta de interés del paciente para discutir sobre el comienzo de las lesiones (Gandy lo describe como la historia hueca o falta de contenido: hollow story). Merece

mención la “profecía melodramática” por la que el paciente predice el lugar y el tiempo de aparición de nuevas lesiones.

- *Estudio de los motivos:* van a ser tan variados como lo son las personalidades y situaciones de la vida misma.

Los medios para causar las lesiones autoprovocadas abarcan una gama tan amplia como puede ser la imaginación del que los realiza.

El diagnóstico diferencial puede hacerse con los siguientes procesos:

- Eritemas: dermatitis de contacto, fitofotodermatitis, Nevil (liquen estriatus...).
- Ampollas: pénfigo, penfigoide, penfigoide cicatricial, porfiria cutánea tarda, impétigo estafilocócico.
- Úlceras.
- Gangrenas: diabetes, colagenosis, enfermedad vascular.
- Excoriaciones: sarna, pediculosis, enfermedad renal, enfermedad hepática, pancreática, tiroidea, linfomas.
- Quemaduras: síndrome de la piel escaldada estafilocócica.
- Púrpuras y hematomas: Painful bruising syndrom.
- Edemas: eccema de contacto, erisipela, dermatomiositis, obstrucción mediastínica, tumores secretantes, urticaria, edema angioneurótico...

Ante la sospecha, debería planificarse cuidadosamente la confrontación y presentarse de un modo no punitivo y con una estrecha colaboración entre el psiquiatra y el médico de atención primaria.

El tratamiento de prueba y al mismo tiempo curativo consiste en poner al paciente ante la imposibilidad de manipular su lesión cutánea con vendajes oclusivos (cola de cinc, escayola...). Aunque pueden ser traspasados por objetos

punzantes o inyectar a través de ellos (puede añadirse una hoja de papel metálico para grabar las manipulaciones).

La terapéutica suele ser poco satisfactoria y difícil porque a pesar de que consulten por su enfermedad, no desean que les curen y aunque necesitan la ayuda del psiquiatra, la rechazan (cualquier sugerencia de que su enfermedad no es orgánica conduce a una entrevista traumática y cambian de médico). A veces, es preciso plantear la hospitalización, cuando existe un riesgo de suicidio o para disminuir las tensiones en los familiares, así como las de éstos y el paciente con el médico. La hospitalización puede ser beneficiosa para intentar el tratamiento con psicoterapeutas, y comprobar por enfermería, la posible manipulación de lesiones. Sirve como confirmatorio de DA: el que empeore cuando se anuncia el alta hospitalaria, la rápida curación cuando antes se había mostrado rebelde a todas las terapéuticas y si aparecen lesiones en lugares no vendados sin haberse afectado previamente. El médico debe estar preparado para un tratamiento prolongado, aceptando los empeoramientos repetidos, sin mostrar en ningún momento sentimientos hostiles por estos fracasos. La cirugía reparadora sólo debe realizarse en colaboración con el psiquiatra (2).

4.-Carcinoma basocelular

Es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone el 60% de los tumores de piel. Procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos, sin afectar a mucosas primariamente. Tiene poder destructor local, lo que unido a que su localización más frecuente en la cara, hace que el diagnóstico y tratamiento precoz sea muy importante.

Se trata de un tumor maligno, pero metastatiza excepcionalmente. Se le denomina “epitelioma basocelular o basalioma”, haciendo referencia a su carácter “más benigno” en relación con otros cánceres (6).

Su incidencia aumenta con la edad, siendo el 80% de los pacientes mayores de 50 años. Presenta una incidencia algo mayor en el varón, con una distribución hombre-mujer de 2:1.

Los principales factores de riesgo son: exposición solar crónica, fototipo piel I/II, tratamiento previo con radioterapia, exposición a arsénico de manera crónica, inmunodepresión y predisposición genética (Síndrome de Gorlin o del nevo basocelular múltiple, Síndrome de Bazex y Xeroderma pigmentoso).

Se caracteriza por ser muy heterogéneo desde el punto de vista clínico. Su localización más frecuente es en la cara. Posee un crecimiento lento e indoloro, aunque al evolucionar puede llegar a producir invasión y destrucción de estructuras vecinas.

La presentación más frecuente es en forma de pápula perlada con telangiectasias en su superficie, que tiende a localizarse en el canto interno del ojo, nariz, o frente. Corresponde al 95% de los carcinomas basocelulares. Al evolucionar puede ulcerarse en el centro de la lesión, aunque los bordes conservan las pápulas perladas características. En algunos casos esta ulceración se produce de manera precoz y masiva, denominándose *ulcus rodens* (forma poco frecuente, pero más agresiva).

Otras formas clínicas son:

Carcinoma basocelular esclerodermiforme: placa lisa de aspecto brillante, plana y a veces ligeramente deprimida de bordes mal definidos que recuerda a la morfea. En ocasiones se observa en sus márgenes el aspecto perlado y las telangiectasias típicas. Es característico que el crecimiento en profundidad exceda los límites que podemos visualizar clínicamente.

Carcinoma basocelular superficial: placa rojiza sobreelevada con superficie descamativa, que se localiza preferentemente en el tronco. A veces puede presentarse como múltiples lesiones (relacionado generalmente con exposición previa a arsénico).

Todas las formas clínicas del carcinoma basocelular pueden aparecer como lesiones pigmentadas, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial con el melanoma.

La localización del carcinoma basocelular en las extremidades inferiores generalmente se asocia a presentaciones atípicas, pero hay que pensar en

ellos ante lesiones ulcerosas de larga evolución que no responden a los tratamientos convencionales de las úlceras y que además presentan crecimiento progresivo.

El diagnóstico del carcinoma basocelular es clínico. Es fundamental conocer la existencia de otros tipos de presentación, además del característico de pápula perlada. El diagnóstico definitivo se realiza mediante confirmación histológica por biopsia (19).

El diagnóstico diferencial es amplio debido a la variedad de sus formas clínicas, principalmente hay que hacerlo con:

- Queratosis actínica: sobre todo en la cara.
- Queratosis seborreica: que suele plantear diagnóstico diferencial con las formas pigmentadas de carcinoma basocelular.
- Tumores de los anejos cutáneos: sobre todo los tricoepiteliomas y los hidrocistomas apocrinos.
- Nevus melanocítico sobre todo en la cara con los nevus melanocíticos intradérmicos.
- Melanoma: en los casos de basocelular pigmentado.
- Enfermedad de Bowen: sobre todo en las formas en el tronco con la forma superficial de carcinoma basocelular.
- Carcinoma epidermoide: sobre todo en lesiones que asientan sobre queratosis actínicas (pueden incluso aparecer ambas lesiones, carcinomas basocelulares y epidermoides).

Existen distintas posibilidades terapéuticas, la elección de uno u otro método depende de múltiples factores: localización, tamaño del tumor, tipo histológico, experiencia del médico, etc. (13).

La escisión quirúrgica es la técnica de primera elección siempre que sea posible (probablemente el tratamiento de elección en las formas esclerodermiformes). También como posibles tratamientos están contemplados: el curetaje y electrocoagulación, la criocirugía, la radioterapia, el láser, Imiquimod (por su acción antitumoral se utiliza

en el tratamiento de carcinomas basocelulares superficiales y nodulares de pequeño tamaño) y los agentes citotóxicos tópicos como 5-fluoracilo (empleado únicamente en el tratamiento de carcinoma basocelular superficial) (22).

El pronóstico del carcinoma basocelular es excelente (las metástasis son excepcionales). Una evolución prolongada y sin tratamiento puede tener importantes consecuencias secundarias a su poder de destrucción local, especialmente si se afectan zonas como el canto interno del ojo, pabellón auricular, órbita, etc.

Tener en cuenta que aproximadamente al 40% de los pacientes con un carcinoma basocelular presentarán una nueva lesión en los 5-10 años posteriores.

5.- Carcinoma células de Merkel

Es una neoplasia rara (poco frecuente) y agresiva de la piel que se origina a partir de las células neuroendocrinas de la piel. Las células de Merkel se encuentran en la capa basal de la epidermis y el epitelio folicular; se enlazan con terminaciones nerviosas de la piel, donde forman un complejo axón-células de Merkel. Para identificarlas se requieren técnicas de inmunohistoquímica o microscopía electrónica. Las citoqueratinas de bajo peso molecular (la citoqueratina 20) son marcadores altamente específicos para identificar las células de Merkel.

Las localizaciones más frecuentes suelen ser: cabeza, cuello y extremidades (principalmente en las áreas expuestas al sol) en el 70 a 90% de los casos, aunque se puede originar en cualquier parte; ya que se han documentado casos en la mucosa oral y los genitales.

La incidencia es baja, pero en los últimos años se ha observado un aumento en el número de pacientes (una elevación anual de 8%). Es más común en pacientes mayores de 65 años, particularmente entre el sexo masculino. El 94% de los sujetos diagnosticados son blancos. Afecta con mayor frecuencia a ancianos e individuos inmunosuprimidos (en individuos con VIH, trasplante renal, mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica, linfoma no Hodgkin y melanoma); lo cual

sugiere un posible origen infeccioso. En estudios recientes se ha descrito la integración clonal de un poliomavirus en las células del carcinoma de Merkel en humanos.

Los principales factores de riesgo son: la exposición solar (se localizan en áreas expuestas al sol y son más frecuentes en pacientes con psoriasis que recibieron tratamiento con PUVA) y la infección con poliomavirus de las células de Merkel (MCV, por sus siglas en inglés). El MCV es un virus común pequeño con ADN de doble cadena que causan infecciones persistentes y poseen capacidad oncogénica. Se estima que entre 77 y 80% de los pacientes que padecen este carcinoma tienen una infección con poliomavirus (12).

Los análisis citogenéticos han revelado algunas anomalías cromosómicas en el brazo corto del cromosoma 1 (1p) en el 40% de los pacientes.

Las mutaciones específicas debidas a la UV-B en los genes p53 y Haras se observan con frecuencia en el carcinoma de células de Merkel y el carcinoma espinocelular. También se ha encontrado una alta expresión del protooncogén bcl-2, que inhibe la apoptosis y promueve la supervivencia celular, lo cual podría contribuir al crecimiento tumoral.

Clínicamente, estos tumores son asintomáticos, típicamente es una neoformación de 2 a 20 cm, con aspecto nodular o nódulo cupuliforme de color rosa, rojo o violáceo por lo general de consistencia firme, solitario y no doloroso, la piel que los cubre está intacta, pero puede ulcerarse.

Las características del carcinoma se destacan mediante el acrónimo AEIOU (asintomático; expandible o de crecimiento rápido; inmunosupresión; older: tener más de 50 años de edad; UV: piel expuesta a la radiación ultravioleta) (10).

El diagnóstico de certeza se consigue con el estudio histopatológico de tumor dérmico que puede extenderse hacia el tejido celular subcutáneo y que está compuesto de células azules pequeñas, redondas u ovales, con núcleos hipercromáticos y citoplasma escaso. Se conocen tres tipos histológicos: sólido o nodular, difuso o intermedio y trabecular. La citoqueratina 20 (CK20) es altamente específica para el carcinoma de células de Merkel en 89 a 100% de los casos

(con un patrón especial de tinción en forma de gota paranuclear), y la enolasa neurona específica confirma el diagnóstico (7).

El diagnóstico diferencial incluye al: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, granuloma piógeno, metástasis de carcinoma, linfoma, melanoma de células pequeñas, angiosarcoma y al tejido de granulación.

El sistema de estadificación más actualizado es el que propone el Comité Americano de Cáncer, el cual se basa principalmente en el tamaño del tumor:

- Estadio I: Tumor primario menor de 2 cm.
- Estadio II: Tumor primario mayor o igual a 2 cm.
- Estadio III: Con enfermedad regional.
- Estadio IV: Con metástasis a distancia.

Hace metástasis principalmente a: ganglios regionales, pulmones, sistema nervioso central, huesos e hígado; por lo que se deben hacer estudios por imágenes (TC, RMN o PET).

Este tumor es de mal pronóstico; induce frecuentes recidivas locales y metástasis. El aspecto más importante a considerar al momento de establecer el diagnóstico es el estadio tumoral. Los factores que parecen influir negativamente son: alto índice mitótico, tamaño de las células, invasión vascular y linfática, gran magnitud tumoral y localización en las piernas, la cabeza, la piel no lampiña y las mucosas (11).

Se tratan primeramente con una escisión local amplia (extirpación del cáncer y de un amplio margen de piel normal de 2 a 3 cm de margen sano) o con la cirugía de Mohs; acompañado de linfadenectomía (biopsia de ganglio centinela) para saber si hay propagación del cáncer a los ganglios linfáticos. Después se administra radioterapia al área afectada para disminuir el riesgo de recidiva; ya que es un tumor altamente radiosensible.

El manejo de este tumor es controversial. En la mayoría de los casos está indicada la resección quirúrgica seguida de radioterapia. No

hay evidencia suficiente que la quimioterapia convencional adyuvante mejore la esperanza de vida y habitualmente se asocia con pobres resultados, aunque los esquemas terapéuticos que inducen mejor respuesta son Adriamicina, Platino y 5-FU (1)

La tasa de mortalidad relacionada con el tumor a 5 años puede alcanzar hasta un 65%.

Bibliografía:

1. Bichakjian C, Lowe L, Lao C. Merkel cell carcinoma: Critical review with guidelines for multidisciplinary management. *Cancer*. 2007; 110:1-12.
2. Consoli SG. Dermatitis artefacta: A general review. *Eur J Dermatol*. 1995; 5: 5-11
3. Cotterill JA. Skin and the psyche. *Proc R Coll Physicians Edinb*. 1995; 25:29-33
4. DSM-IV. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
6. Fonseca E. Tumores epiteliales. En: Ferrándiz C. *Dermatología Clínica*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2002. p. 324-38.
7. García-Salces I, Cortázar Vallet J, Sánchez Salas P, Pérez Pelegay J, Agurruza Illaramendi JM, Grasa Jordá M et al. Tumor de Merkel: estudio clínico, histológico, inmunohistoquímico y submicroscópico. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2008; 36:13-17
8. Gómez-Centeno P, Suárez I, Fernández-Redondo V, Suárez Peñaranda JM, Toribio J: Virus del papiloma humano tipo 31 en la enfermedad de Bowen pigmentada extragenital. *Med Cután Iber Lat Am*. 2001; 29: 51-54
9. Halder RM, Ara CJ: Skin cancer and photoaging in ethnic skin. *Dermatol Clin*. 2003; 21: 725-32.
10. Heath M, Jaimes N, Lemos B, Mostaghimi A, Wang L, Peñas P et al. Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58:375-81.

11. Henry D, Sandel IV, Day T, Richardson M, Scarlett M, Gutman K. Merkel cell carcinoma: Does tumor size or depth of invasion correlate with recurrence, metastasis, or patient survival? *Laryngoscope*. 2006; 116: 791-5.
12. Kassem A, Weyers W, Werner M. Frequent detection of Merkel cell polyomavirus in human Merkel cell carcinomas and identification of a unique deletion in the VP1 gene. *Cancer Res* 2008; 68(13):5009-5013.
13. Kwasniak LA et al. Basal cell carcinoma: evidence-based medicine and review of treatment modalities. *Int J Dermatol*. 2011; 50(6):645-58.
14. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Cutaneous squamous carcinoma in situ (Bowen's disease): Treatment with Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52: 997-1002.
15. Lukas VanderSpek LA, Pond GR, Wells W, Tsang RW. Radiation therapy for Bowen's disease of the skin. *Int J Radiation Oncology Biol Phys*. 2005; 63(2): 505-510.
16. Moore ZEH, Cowman S. Herramientas para la evaluación de riesgos en la prevención de úlceras de decúbito (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD006471.
17. Patel GK, Goodwin R, Chawla M. Imiquimod 5% cream monotherapy for cutaneous squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease): A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 54: 1025-1032.
18. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Risk assessment & prevention of pressure ulcers. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005.
19. Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, Rodríguez Caravaca F, Villar Del Campo M, González Mosquera M. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(6):391-5
20. Salim A, Leman JA, McColl JH, Chapman R, Morton CA. Randomized comparison of photodynamic therapy with topical 5-fluorouracil in Bowen's disease. *Br J Dermatol*. 2003; 148: 539-543.
21. Sánchez Conejo-Mir J. Carcinomas epiteliales. *Dermatología oncológica*. En: Guillén C, editor. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2002. p. 7-18.
22. Stulberg DL, Crandell B, Fawcett RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. *Am Fam Physician*. 2004; 70(8):1481-8.
23. Van Moffaert M, Vermander F, Kint A: Dermatitis artefacta. *Int J Dermatol*. 1985; 24:236-238.

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 15, Núm. 1) (Med fam Andal 2014; 15: 106-107)

Respuesta razonada al caso *palpitaciones, mareo y alteraciones en el ECG*

Pérez Durillo FT¹, Rodríguez García RM^{2*}

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

²Pediatra EBAP

*Centro de Salud de Bailén. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

a) Enfermedad del seno

La enfermedad del seno es una disfunción del nódulo sinusal. Los signos ECG pueden aparecer en la evolución desde una taquicardia inicial, a fases de bradicardia después con diversas irregularidades del ritmo en períodos intercricos.

b) Electrodo mal colocado

Se descarta esta posibilidad ya que, si observamos, en una misma derivación existen ondas de diferente voltaje sin que existan cambios en la situación de los electrodos.

c) Bloqueo aurículo-ventricular 3º. grado

En este caso la actividad auricular y ventricular serían completamente independientes ("disociación"). Los QRS serían regulares pero a una frecuencia mucho más baja.

d) Marcapasos migratorio (respuesta correcta)

Es un hallazgo habitual sin significado patológico y consiste en una conducción supraventricular anticipada del corazón debida a una conducción eléctrica que se origina en un lugar distinto del nodo sinusal. Se evidencia por una variación de la morfología de la onda P por la activación de regiones auriculares distintas del nódulo sinusal durante la disminución episódica del ritmo sinusal sin variación del complejo QRS. En el electrocardiograma aparecen patrones irregulares en la apariencia de la onda P y variaciones en el intervalo P-R.

e) Síndrome de preexcitación

En este caso los ventrículos se activan precozmente dando lugar a la aparición de un PR muy corto y/o una deformación del complejo QRS. Aunque en el ECG existen fases con un PR

corto, en la misma derivación se alternan con PR normal

El paciente fue valorado por el Servicio de Cardiología Pediátrica donde tras ser valorado y tras realización de Ecocardiografía y Holter fue dado de Alta con el diagnóstico de Marcapasos Auricular ectópico ocasional sin cardiopatía estructural demostrable.

Bibliografía:

- Pérez-Lescure Picarzo J. Taller de lectura sistemática del electrocardiograma pediátrico o "cómo interpretar un electrocardiograma y no perecer en el intento". Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011; (20):225-33. URL: http://www.pap.es/files/1116-1374-pdf/tall_05_b.pdf

- Pérez-Lescure Picarzo J, Echávarri Olavarría F. El electrocardiograma en Pediatría de Atención Primaria (II). Cambios relacionados con la edad y arritmias básicas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7: 463-480. URL: <http://www.pap.es/files/1116-481-pdf/506.pdf>

- Inoue D, Hartigan PM. Wandering pacemaker. Chest. 1990; 98(6):1542a.

- Bjørnstad H, Storstein L, Meen HD, Hals O. Electrocardiographic Findings in Athletic Students and Sedentary Controls. Cardiology. 1991; 79: 290-305.

- Pérez-Lescure Picarzo. Guía rápida para la lectura sistemática del ECG pediátrico. Rev Pediatr Atención Primaria. 2006; 8: 319-326. URL: http://www.pap.es/files/1116-543-pdf/RPAP%2030_127-134%20ECG.pdf

- Ardura J. Realización e interpretación del electrocardiograma pediátrico. An Pediatr Contin. 2004; 2:113-8.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección publicaciones externas/alerta bibliográfica) con sus resúmenes y comentarios (R/C). También en la cuenta de twitter de la Revista:

<http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>



La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato y su enlace interno a su resumen-comentario (R/C).

@pontealdiaAP

Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP



Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste básicamente en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) www.samfyc.es [4]
7. Revista SAMFyC www.samfyc.es/Revista/portada.html

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en:

<https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com

Links:

[1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>

[2] <http://esamfyc.wordpress.com/>

[3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>

[4] <http://Www.samfyc.es>

[5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- **X Jornadas Andaluzas para Tutores de MFyC. SAMFyC**
Jaén, 5 y 6 de febrero de 2015
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
Telf. 902 430 960
Fax. 902 430 959
www.jornadastutoresamfyc2015.com

- **XIX Jornadas de Residentes y I de Tutores de la semFYC**
Madrid, 13 y 14 de febrero de 2015
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
<http://www.semfyc.es/jornadasresidentesy tutores2015>

- **VII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. semFYC**
Valladolid, del 5 al 7 de marzo de 2015
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
<http://www.vii.congresocronicos.org>

- **XIV Jornadas Andaluzas para Residentes de MFyC. SAMFyC**
Sevilla, 12 y 13 de marzo de 2015
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
Telf. 902 430 960
Fax. 902 430 959
www.jornadasr3samfyc2015

- **XXXV Congreso de la semFYC**
Gijón, 11-13 Junio 2015
Secretaría técnica: semFYC congresos
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02
<http://www.semfyc2015.com>

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista
 - 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
 - 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.
-

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cuarenta y tres los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

a) Correo:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

b) Fax: 958 804202.

c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD.

La publicación se adhiere a las resoluciones del *Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas* en su quinto informe de 1997 *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas*. (Las llamadas *Normas de Vancouver*). Dichas normas de publicación aparecen en: *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 y en <http://www.acponline.org> (en inglés) (se adjunta con el número 0 de la revista). Dichas normas deberán ser consultadas por todos los autores que deseen ver publicados sus originales en nuestra revista.

TODOS LOS TRABAJOS (www.samfyc.es e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista, normas).

Deben ir *acompañados de los datos particulares del primer autor* (nombre y apellidos, dirección postal, código postal, población y provincia), así como de número de teléfono y dirección electrónica.

Los artículos originales tienen requisitos especiales, se recomienda ver "normas para los originales"

Deben someterse sus referencias bibliográficas a las "Normas de Vancouver"

Y, las abreviaturas utilizadas, deben estar expresamente clarificadas.

Requisitos técnicos:

Se usará siempre papel tamaño DIN A4 escrito por una sola cara a dos espacios.

Utilizar letra tamaño 12.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un ENTER.

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos.

Las ilustraciones deben ser de gran calidad y nunca de tamaño superior a 203 x 254 mm.

Se remitirá el trabajo acompañado de carta de presentación, datos de los autores –con profesión y centro de trabajo- y dirección de correspondencia al correo-e: revista@samfyc.es

De acuerdo con el ámbito al que va dirigido, los profesionales que desempeñan su ejercicio profesional en el campo de la Atención Primaria de Salud, la revista da la bienvenida a todos los trabajos de calidad que, usando una metodología adecuada, pretendan dar respuesta a una pregunta científica pertinente. Asimismo serán considerados todos aquellos trabajos que tengan como objetivo el mantener y fomentar la competencia profesional de dichos profesionales.

La revista tendrá una expresión en papel y otra *on line*.

Contará con secciones fijas (aparecerán en todos los números) y secciones ocasionales, en relación con las áreas de interés de la revista, y que aparecerán en función de la oportunidad de su publicación.

Secciones de la publicación:

Editorial
 Originales
 Cartas al director
 ¿Cuál es su diagnóstico?
 Publicaciones de interés
 Actividades científicas
 Artículos de revisión

A debate
Área Docente
El espacio del usuario.
Sin bibliografía

Serán bienvenidos trabajos de investigación que usen indistintamente metodología cualitativa o cuantitativa. Los trabajos originales se someterán al siguiente orden: *Resumen, Introducción, Sujetos y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. En cualquier caso el equipo editorial acepta gustoso el poder trabajar con los autores un ordenamiento diferente de la exposición en función de los objetivos y metodología empleada.

SECCIONES:

Editorial: En él, el director o persona en quien delegue tratará algún tema de actualidad para los médicos de familia.

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como *originales breves*. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico? En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Publicaciones de interés. Será una sección equivalente a la aparecida en otras revistas bajo el nombre de *alerta bibliográfica*. Se pretende en esta sección dar una breve reseña de los más importantes artículos aparecidos en las principales revistas de interés para los médicos de familia, así como de libros de reciente aparición, o revisiones Cochrane.

Las revistas a valorar estarán contenidas entre las siguientes:

Medicina

Medicina Clínica
Lancet
British Medical Journal
JAMA
Annals of Internal Medicine
New England Journal of Medicine
Canadian Family Physician
Canadian Medical Association Journal

Medicina de Familia

Atención Primaria
MEDIFAM
British Journal of General Practice
Family Practice
Journal of Family Practice
American Family Physician
Family Medicine
The Practitioner

Salud Pública

Gaceta Sanitaria

Gestión

Cuadernos de Gestión

Sociología y salud

Social Science and Medicine

Terapéutica

Drug
Drug and Therapeutic Bulletin
Medical Letters
Informativo Terapéutico del Servicio Nacional de Salud

Metodología Docente

Academic Medicine
Medical Education

Medicina Basada en la Evidencia

ACP Journal Club
Colaboración Cochrane
Bandolier

América Latina

Revistas de América Latina que podamos recibir.

Actividades científicas, o agenda de actividades en un próximo futuro.

Artículos de revisión: Este tipo de artículos serán bienvenidos. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras y el número de referencias bibliográficas queda a juicio del autor(es). Se recomienda a los autores contactar con el consejo editorial en cualquier momento del desarrollo del trabajo con el fin de plantearse el su enfoque y estructura. Los autores harán mención a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos manejados en la preparación del manuscrito. Los autores quedan obligados a remitir 5 preguntas tipo test de respuestas múltiples con sólo una respuesta válida sobre los aspectos más importantes abordados en la revisión.

A debate: En esta sección, los autores expresarán su razonado punto de vista sobre algún tema de actualidad.

Área Docente: Esta sección abordará temas relacionados con la metodología docente aplicable en el ámbito de la APS tanto en la formación de pregrado, postgrado y formación continuada. Extensión máxima de 5.000 palabras.

El espacio del usuario. La revista reservará un espacio en cada número para que aquellos usuarios de los servicios de salud, que a título individual, o como miembros de un colectivo deseen exponer su punto de vista sobre cualquier aspecto relacionado con la atención que reciben. Ello como expresión de la firme voluntad de los editores de dar respuesta al reto que supone el hacer nuestro ejercicio profesional más adecuado a las necesidades de salud de la población. Ello en la línea marcada en la Conferencia conjunta OMS/WONCA celebrada en Ontario, Canadá del 6 al 8 de Noviembre de 1994 (*OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC, 1996*).

La extensión máxima será de 3.000 palabras, pudiendo acompañarse hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras.

Sin bibliografía: Lugar en donde publicar experiencias novedosas con una estructura de relato a decidir por el autor (es). Extensión máxima en torno a las 2.000 palabras.

Los artículos remitidos a la sección de Originales deberán someterse a la siguiente ordenación:

Resumen

Su extensión máxima será de 250 palabras, en él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

- **Título:** Aquel que identifica el trabajo.
- **Objetivo:** Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.
- **Diseño:** Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.
- **Emplazamiento:** o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interni-veles, población general, etc.)
- **Población y muestra:** Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.
- **Intervenciones:** Descripción de las actividades llevadas a cabo tendentes a satisfacer los objetivos del estudio.
- **Resultados:** Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.
- **Conclusiones:** Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de resultados. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.
- **Palabras clave:** Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el Index Medicus. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

Texto

- **Introducción:** Deben explicitar claramente los objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.
- **Sujetos y Métodos:** Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.
- **Resultados:** Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.
- **Discusión:** No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.
- **Agradecimientos:** Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.
- **Bibliografía:** Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el Index Medicus (<http://nlm.nih.gov>).
- **Tablas y/o gráficos:** Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

- **Anexos:** Se incluirán aquellos considerados por los autores.

En la versión On line, en la página Web de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia aparecerá en una sección específica de nuestra publicación, el índice de cada una de las revistas publicadas, así como el apartado Publicaciones de interés (Alerta Bibliográfica).

CONSEJO DE REDACCIÓN:

El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o proponer modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión se les comunica a los autores.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección: revista@samfyc.es

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Consejo de Redacción
C/. Arriola 4, Bajo D
18001 Granada.

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (se adjunta una propuesta):

a) Deberá indicar nombre, apellidos y DNI o pasaporte de todos los autores. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas bio-médicas*.

b) En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los originales se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación

c) Los trabajos se remitirán: en soporte informático (Word) por correo electrónico. Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. En la carta se hará

mención a que se remite libre de virus, indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.

d) En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.

e) En folio aparte (página del título) se indicará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo

de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, n.º fax (no obligatorio) y dirección electrónica para correspondencia.

f) Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no queda asegurada.

Sres. Miembros del Consejo de Redacción de la Revista MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA:

Adjunto remitimos original para ser publicado, si así lo estiman oportuno de acuerdo con las normas editoriales de su publicación, dentro de la sección:

- Originales
- Originales breves
- Cartas al director

Creemos que su publicación sería de gran interés para los médicos de familia por los motivos que se exponen en folio anexo. Adjuntamos:

	SI	NO	NO PROCEDE
Carta de todos los autores, con expresión de su NIF.			
Se adjunta <i>soporte electrónico</i> (CD) en WORD			
Se especifica antivirus utilizado así como su fecha de última actualización			
Se trata de un artículo original			
No ha sido remitido a otra publicación			
Se exponen los posibles conflictos de interés.			
Se adjunta informe del comité de ética.			
Se ha obtenido permiso escrito para utilizar material (texto, tablas, figuras) previamente publicado.			
Se adjunta informe de la institución que ha financiado la investigación.			
Todas las páginas van numeradas			
Se adjunta página de título (la nº 1) en donde constan: <i>título del trabajo, autores y centro de trabajo de cada uno de ellos. Dirección postal, número de teléfono, (número de Fax) y dirección electrónica para correspondencia.</i>			
Se adjunta listado de comprobaciones (<i>check list</i>) de la revista, relleno			
Se guarda copia de todo el material remitido.			
Compromiso de devolver el trabajo con las correcciones indicadas en un plazo máximo de 15 días.			
Se ha enviado por correo-e			

La remisión del artículo implica la aceptación de las normas editoriales de la publicación MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA.

Firma y DNI de todos los autores:



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

ALTA (Nuevo socio) Actualizar datos BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:
NOMBRE: **DNI:** LETRA:
DOMICILIO:
MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**
TELEFONOS: **e-mail:**

ESPECIALISTA MFyC: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE MFyC: SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA**/...../.....

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:
DIRECCION: **PROVINCIA:**
CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFyC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD:.....

IBAN / C.C.C.: (hay que rellenar todas las casillas)

E S

Firma:

À los efectos previstos en la Ley 15/1999 (LOPD) y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable SAMFyC, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC. C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

35°

Congreso de la semFYC

GIJÓN · ASTURIAS

Palacio de Congresos
Feria de Muestras

Del 11 al 13 de Junio 2015



Especialistas

en personas

14^{as} JORNADAS ANDALUZAS

para **R3**
de MFyC
SAMFyC

12 y 13 de Marzo

Hotel Sercotel TRH Alcora
San Juan de Aznalfarache

SEVILLA 2015

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

acm asociación de
congresos médicos

Avenida de Córdoba, 536, 41010, Sevilla (Pto. Sta.) Tel: 358 523 229
www.acm-congresosmedicos.com | info@acm-congresosmedicos.com

www.jornadasr3samfyc2015.com • e-mail: info@jornadasr3samfyc2015.com