

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 16, número 1, mayo 2015

Editorial

- 7 Investigación en Atención Primaria: AÑO CERO

El espacio del usuario

- 9 Consideraciones para el abordaje desde la salud pública de los trastornos de la conducta alimentaria

Originales

- 11 Personas con demencia ¿siempre a peor? Evolución del estado funcional, cognitivo y síndromes geriátricos en pacientes de Unidades de Estancia Diurna y Residencia
- 19 Como vive el paciente con EPOC las reagudizaciones. Estudio cualitativo en medio hospitalario
- 41 Pacientes con riesgo cardiovascular elevado en una población de Jaén: antropometría, nutrición y dieta mediterránea

A debate

- 50 A propósito de la homologación de categorías profesionales de salud pública en el sistema nacional de salud: una oportunidad para innovar

Sin biografía

- 58 Hallazgo de quiste de Tarlov en paciente con migrañas
- 60 "¡Cuidado donde te sientas!"
- 62 Intertrigo impetigenizado

Artículo especial

- 64 Puntos clave en el síndrome del paciente recomendado
- 69 Los médicos especialistas, profesionales en las consultas externas del hospital

Cartas al director

- 76 Exéresis quirúrgica de una verruga plantar cuando el tratamiento conservador no es erradicador
- 79 Aprendiendo más sobre el tratamiento del neuroma de Morton en atención primaria
- 82 La obesidad como epidemia y problema de salud en atención primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 85 Arritmia asintomática en paciente hipertenso y diabético
- 87 Tumoración en tórax tipificada tras exéresis en cirugía menor ambulatoria

Respuesta al caso clínico anterior

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

Publicaciones de interés

- 93 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

- 95 Información para los autores



Fundación

SIMFYC



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

Cristina Navarro Arco

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

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Telf: 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. +34 958 80 42 01
Fax +34 958 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.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Printed in Spain



sumario

Editorial

- 7 Investigación en Atención Primaria: AÑO CERO

El espacio del usuario

- 9 Consideraciones para el abordaje desde la salud pública de los trastornos de la conducta alimentaria

Originales

- 11 Personas con demencia ¿siempre a peor? Evolución del estado funcional, cognitivo y síndromes geriátricos en pacientes de Unidades de Estancia Diurna y Residencia
- 19 Como vive el paciente con EPOC las reagudizaciones. Estudio cualitativo en medio hospitalario
- 41 Pacientes con riesgo cardiovascular elevado en una población de Jaén: antropometría, nutrición y dieta mediterránea

A debate

- 50 A propósito de la homologación de categorías profesionales de salud pública en el sistema nacional de salud: una oportunidad para innovar

Sin biografía

- 58 Hallazgo de quiste de Tarlov en paciente con migrañas
- 60 "¡Cuidado donde te sientas!"
- 62 Intertrigo impetigenizado

Artículo especial

- 64 Puntos clave en el síndrome del paciente recomendado
- 69 Los médicos especialistas, profesionales en las consultas externas del hospital

Cartas al director

- 76 Exéresis quirúrgica de una verruga plantar cuando el tratamiento conservador no es erradicador
- 79 Aprendiendo más sobre el tratamiento del neuroma de Morton en atención primaria
- 82 La obesidad como epidemia y problema de salud en atención primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 85 Arritmia asintomática en paciente hipertenso y diabético
- 87 Tumoración en tórax tipificada tras exéresis en cirugía menor ambulatoria

Respuesta al caso clínico anterior

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

Publicaciones de interés

- 93 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

- 95 Información para los autores



contents

Editorial

- 7 Public Health Research: YEAR ZERO

The Consumer's Corner

- 9 A public health approach to eating disorders: Some considerations

Original Articles

- 11 Dementia, does it always get steadily worse for patients? Evolution of cognitive functional status and geriatric syndromes in patients attending day centres and care homes
- 19 How do chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients experience flare-ups. Qualitative study in hospital settings
- 41 Patients at high cardiovascular risk in a Jaén population: Anthropometry, Nutrition and the Mediterranean diet

Debate motions

- 50 Regarding the harmonisation of public health professional categories within the national health service: a chance to innovate

No Bibliography

- 58 Tarlov cyst found in a patient with migraines
- 60 "Careful where you sit!"
- 62 Impetiginized intertrigo

Special Articles

- 64 Key facts about the syndrome of recommended patient
- 69 Consultants: professional advice for outpatients

Letters to the Editor

- 76 Surgical excision of a plantar wart when conservative treatment is not successful in eradicating the wart
- 79 Becoming familiar with the treatment for Morton's Neuroma in primary care
- 82 Obesity as an epidemic and health concern in primary care

Which is your diagnosis?

- 85 Asymptomatic arrhythmia in a diabetic patient with hypertension
- 87 Tumour in thorax typified after undergoing exeresis in minor ambulatory surgery

Answering previous clinical case

- 88 Menstrual disorders and decreased libido in a woman with headaches
- 91 Dizzy spells in an 80-year-old woman

Publications of Interest

- 93 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP

Scientific Activities

- 95 Information for Authors

Investigación en Atención Primaria: AÑO CERO

Pérez Milena A

Vocal de investigación SAMFyC

Atención Primaria es uno de los ámbitos laborales donde las tareas clínicas pueden generar mayor incertidumbre a un profesional médico. Al mismo tiempo, la dificultad se incrementa cuando vuelven una y otra vez a consulta los mismos pacientes pero con nuevos problemas. Es frecuente mirar la lista de pacientes de cada jornada y pensar: "¿Si estuvo hace poco en consulta! ¿Qué le pasará hoy?" No podemos dar de alta a un paciente, siempre vuelve. A veces usuarios y a veces enfermos, consultan los mismos problemas de siempre mientras que van surgiendo otros nuevos que se deben integrar en la atención prestada. De igual forma, cuando se miran los objetivos de los acuerdos de gestión clínica nos puede sobrevenir la misma sensación de incertidumbre y hastío: "¡Otra vez la investigación!". Al igual que ocurre en las tareas clínicas cotidianas, la investigación cada año vuelve de la mano de los objetivos, suponiendo todo un reto y una obligación conseguir los ítems propuestos: líneas de investigación, proyectos financiados, publicaciones con factor de impacto, grupos PAIDI... En ocasiones se podría asemejar a la relación con el paciente que, pese a no confiar en su médico, permanece en el cupo y sigue exigiendo soluciones.

Las Administraciones Públicas nos recuerdan cada año que la investigación es un aspecto del trabajo del médico de familia y nos exigen resultados, sin proporcionar tantos medios como en el ámbito hospitalario. Esto genera desconfianza entre unos profesionales cuya principal tarea es la atención a la población, labor que consume la mayoría de nuestro tiempo. Desde este prisma, cuando se habla del Sistema Andaluz del Conocimiento en el Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación, desde el Plan Andaluz de Salud y, sobre todo, en la nueva Estrategia de Investigación

e Innovación en Salud de la Consejería de Salud, lo que puede llegar es la idea de un modelo impuesto que se aleja de las competencias propias del médico de familia. Pese a que este concepto presenta la investigación como un pilar fundamental para el progreso social y la equidad entre los andaluces, parece no tener relación con la Atención Primaria y con nuestra labor como médicos de familia. Es como cuando un paciente para de forma intempestiva a su médico para una consulta de pasillo, y el médico se teme un encuentro difícil. Así pues, ¿qué significa la gestión del conocimiento y la investigación en el día a día de la consulta?

Las competencias sobre investigación que debe adquirir un médico residente para obtener la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria indican que el médico de familia investiga cuestiones pertinentes que pueden ayudar al desarrollo de la especialidad para ofrecer un mejor servicio a la sociedad, por lo que la investigación es tanto una herramienta de mejora continua como un compromiso social. Esto enlaza con la gestión del conocimiento que desde las Administraciones Públicas se nos pide: un compromiso por generar conocimiento útil, aplicable a nuestro trabajo, que haga posible una atención de calidad y eficiente e introduzca el derecho a la equidad de todos los beneficiarios de nuestro trabajo diario. Porque la investigación en nuestro nivel asistencial debe estar dirigida a obtener resultados aplicables que mejoren el día a día. Por tanto, la investigación sí es una tarea propia de la Medicina de Familia, fruto de sistematizar la incertidumbre del trabajo clínico en un intento por mejorar tanto la calidad de la asistencia como la justicia y equidad del sistema.

Sin embargo, una línea política que propugne una mayor investigación en Atención Primaria

no es útil si no se acompañan de medidas que la favorezcan. No es suficiente con fijar un objetivo y darle un peso porcentual, mientras que se establecen medidas punitivas: menos sueldo para el profesional que no publique y menores opciones para la unidad de gestión clínica que no investiga. Hasta hace muy pocos años, cada distrito y área de gestión otorgaba diferente peso a la investigación dentro de los contratos programa. En algunas zonas se exigían proyectos financiados y publicaciones en revistas de alto impacto, mientras que en otras la investigación no tenía ningún valor. De esa heterogeneidad se ha pasado a una uniformidad difícil de alcanzar en un sistema sanitario que enfoca la Atención Primaria hacia tareas asistenciales, prácticamente en exclusividad, quedando otras áreas como investigación, actividades comunitarias o promoción de la salud al voluntarismo de los médicos de familia y al uso de su tiempo libre para elaborar y desarrollar una investigación que beneficiará al propio sistema sanitario que niega ese tiempo.

¿Es imposible esta tarea investigadora? No, en absoluto. Se han escrito muchos artículos sobre las dificultades que existen para desarrollar labores investigadoras en Atención Primaria: falta de formación, falta de tiempo, falta de motivación... Pese a estos graves inconvenientes, un médico de familia no está falto de ideas y de preguntas de investigación porque desempeña una especialidad con un cuerpo propio de conocimientos y con la que contactan más del 90% de la población en un año. Hay que ver el vaso de la investigación medio lleno, no medio vacío, y aprovechar las oportunidades que poco a poco van surgiendo. Desde enero de este año 2015, la Fundación Progreso y Salud ofrece la posibilidad de optar a becas para

proyectos de investigación de Atención Primaria, lo que supone una discriminación positiva necesaria ante las asimetrías existentes respecto a otros ámbitos en la consecución de financiación competitiva para proyectos de investigación. El refuerzo con recursos humanos de la actividad investigadora en las Unidades de Gestión Clínica del SAS, el apoyo de las Fundaciones de Investigación y la búsqueda de otros recursos económicos son excelentes oportunidades para mejorar. Por su parte, SAMFyC sigue apostando por la investigación con la convocatoria anual de sus becas Isabel Fernández de forma ininterrumpida; pese a la escasez de recursos económicos, nuestra sociedad sigue creyendo necesario ayudar a los especialistas en formación a desarrollar sus proyectos como una actividad integrada en las labores propias del médico de familia, al tiempo que facilita la realización de tesis doctorales con temática propia sobre Atención Primaria.

Hay ideas, hay población para estudiar, hay voluntad. Más que nunca en estos tiempos tan convulsos, el médico de familia debe liderar la investigación con ideas propias. Atrás deben quedar los tiempos en que la Atención Primaria se dedicaba únicamente a recoger datos de pacientes para proyectos gestionados en otros ámbitos, algo que se ha llegado a imponer como objetivo de algunos contratos programa. En Andalucía contamos con magníficos ejemplos de compañeros que investigan, consiguen financiación para sus proyectos, sus resultados alcanzan gran repercusión y ganan premios de excelencia. Junto a ellos, muchos otros médicos de familia presentan comunicaciones a congresos, publican en revistas y siguen ideando una sociedad más igual y justa. Sigamos sumando.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2014

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2014. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Francisco Alcaíne Soria. *Médico de Familia. Málaga*
 M^ª Filomena Alonso Morales. *Médico de Familia. Granada*
 Luís Ávila Lachica. *Médico de Familia. Málaga*
 Vidal Barchilón Cohén. *Médico de Familia. Cádiz*
 Carmen Barros Rubio. *Médico de Familia. Cádiz*
 Francisco Extremera Montero. *Médico de Familia. Málaga*
 Luis Gálvez Alcaraz. *Médico de Familia. Málaga*
 Pablo García López. *Médico de Familia. Granada*
 M^ª Carmen García Tirado. *Médico de Familia. Granada*

Francisco José Guerrero García. *Médico de Familia. Granada*
 Antonio Hidalgo Requena. *Médico de Familia. Córdoba*
 Idoia Jiménez Pulido. *Médico de Familia. Jaén*
 Francisca Leiva Fernández. *Médico de Familia. Málaga*
 Antonio M. Manteca González. *Médico de Familia. Málaga*
 Sara Palenzuela Paniagua. *Médico de Familia. Ceuta*
 José M^ª Solís Jiménez. *Médico de Familia. Granada*
 Jesús Torío Durántez. *Médico de Familia. Jaén*

EL ESPACIO DEL USUARIO

Consideraciones para el abordaje desde la salud pública de los trastornos de la conducta alimentaria

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andalucía

Los trastornos alimenticios no son sólo un problema con la comida, sino que también son síntomas de un modelo de sociedad en el que se rinde un excesivo culto al cuerpo, al éxito social, la perfección y la competitividad e impone la delgadez como ideal de belleza. Todo ello crea unos condicionantes culturales y sociales que actúan como factores precipitantes y refuerzan la aparición de este tipo de conductas autodestructivas, y que afectan de una forma especial por su vulnerabilidad a la infancia y a la adolescencia, aunque sin olvidar que cada vez más se producen este tipo de trastornos en adultos.

Recientemente tuvimos ocasión de hacer llegar a la Consejería de Igualdad, Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía nuestras consideraciones sobre la necesidad de acometer un abordaje integral de los trastornos de la conducta alimentaria con la participación y colaboración de todos los agentes y organizaciones que, como FACUA, nos sentimos comprometidos con la salud de la población y con la defensa de sus derechos.

Compartimos con la Consejería y con sus profesionales la reflexión de que un tema como éste debe ser abordado desde la perspectiva de la prevención y de la promoción de la salud. El proyecto debe involucrar a un amplio sector de la ciudadanía andaluza y de las organizaciones sociales que la representan y que llevan años trabajando en este ámbito.

Este es, además, uno de los cometidos de la Administración sanitaria de Andalucía, tal y como se recoge en el art 15.8 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía: "La promoción de estilos de vida saludables entre la población, así como promoción de la salud y prevención de las

enfermedades en los grupos de mayor riesgo". A su vez, la Ley de Salud Pública de Andalucía, de 23 de diciembre de 2011, recoge en su artículo 15 que "la población en Andalucía tendrá derecho a la participación efectiva en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública de manera individual o colectiva".

En este sentido consideramos que, como organización ciudadana, nuestro trabajo y nuestras aportaciones en este ámbito pueden ser de utilidad, a través del fomento de una cultura social favorecedora de la autonomía personal de los jóvenes. Además, debemos impulsar y promover una concepción crítica de los estereotipos y los estilos de vida impuestos por el mercado y que marcan nuestra relación con el entorno y con nuestro propio cuerpo e imagen.

Desde una organización social como FACUA debemos exigir mayores y mejores dotaciones de recursos a las administraciones implicadas, dado que nos enfrentamos a una patología que requiere un tratamiento multidisciplinar. También es necesario reclamar mayores controles sobre prácticas ilícitas y que promueven, utilizando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, comportamientos contrarios a la salud y la seguridad de las personas.

La promoción de la salud forma parte de nuestro trabajo desde hace ya más de una década, a través de temas como la alimentación y los hábitos de vida saludables. Nuestras acciones han seguido los objetivos marcados en los distintos instrumentos de planificación aprobados e implementados por la administración sanitaria, como el Plan Integral de Obesidad Infantil, el Plan de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada y Plan del Enveje-

cimiento Activo. Es por esto que pensamos que podemos aportar ideas y líneas de actuación en el ámbito de la prevención y la salud pública desde lo social, no desde lo sanitario ni lo clínico, campos reservados a los profesionales de dicho ámbito.

Entre nuestros objetivos se encuentran la información y formación de los consumidores y usuarios y la ciudadanía en general y la promoción de hábitos saludables, sostenibles y racionales de consumo. Es por esto que podemos aportar nuestra experiencia a través de la difusión de mensajes relativos a alimentación equilibrada, sobre la diversidad social, estética y corporal, sobre el papel de la publicidad y otras estrategias de mercado y marketing, sus objetivos y sus efectos, sobre el tratamiento de la imagen de la mujer y otros grupos de especial protección en los medios, sobre los factores de riesgo y las estrategias de mercado que cosifican al ser humano y lo tratan como una mercancía más, etcétera.

Asimismo, podemos desarrollar campañas de sensibilización e información, actividades o programas en colaboración con las administraciones competentes y otros agentes sociales, que permitirían llegar al máximo de población posible, teniendo en consideración además a nuestro colectivo potencial.

Igualmente, FACUA Andalucía podría participar en el ámbito del control del mercado y sus técni-

cas de marketing y publicidad agresivas, así como sobre el impacto que internet y las redes sociales están teniendo en el desarrollo o agravamiento de estos trastornos. Cobra especial importancia el seguimiento y supervisión de los contenidos a los que acceden niños y adolescentes, ya que internet es hoy una importante y significativa vía de comunicación con muchas ventajas pero que también conlleva enormes riesgos. En la red se pueden encontrar hoy sitios y portales que promueven los trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia. La detección de estos sitios y la denuncia contra ellos se convierten en un elemento más del trabajo que entre todos debemos hacer por combatir esta enfermedad.

En la misma línea, la denuncia frente a aquella publicidad lesiva de valores y derechos fundamentales, sexista y atentatoria o vejatoria contra los derechos de la infancia, la juventud y la mujer, son instrumentos que ayudan en esta tarea, que precisa de la colaboración de todos los agentes sociales que estamos implicados en la defensa de la salud de la población.

Un abordaje integral de los trastornos alimentarios exige, a nuestro entender, un proyecto colaborativo y multidisciplinar con suficiente dotación presupuestaria. Es importante la participación de los agentes sociales y de salud y la ciudadanía organizada, que trabajen de la mano para la consecución de los objetivos propuestos.

ORIGINAL

Pacientes con demencia ¿siempre a peor? Evolución del estado funcional, cognitivo y síndromes geriátricos en pacientes de Unidades de Estancia Diurna y Residencia

Muñoz Cobos F¹, Espinosa Almendro JM²,
Castillo Trillo B³, Sagués Amadó A⁴,
Suárez Canal R⁵

¹Médica de familia. CS El Palo. Málaga

²Coordinador de Estrategias y Planes de Salud.
Junta de Andalucía

³Médica de familia. Centro de salud Närhälsan Frölunda,
Gotemburgo (Suecia)

⁴Jefe de Servicio de Atención Socio Sanitaria, Secretaría
General de Calidad, Innovación y Salud Pública

⁵Coordinador Técnico de la Federación Provincial de Aso-
ciaciones de Familiares de Alzheimer de Cádiz.

CORRESPONDENCIA

Francisca Muñoz Cobos
E-mail: franciscam@ono.com

Recibido el 08-02-2015; aceptado para publicación el 22-04-2015

Med fam Andal. 2015; 1: 11-18

PALABRAS CLAVE

Demencia, síndromes geriátricos, capacidad funcio-
nal.

RESUMEN

Título: pacientes con demencia ¿siempre a peor? Evolución del estado funcional, cognitivo y síndromes geriátricos en pacientes de Unidades de Estancia Diurna y residencia.

Objetivo: valorar la evolución del estado funcional y síndromes geriátricos en pacientes con demencia atendidos en centros asistenciales.

Diseño: descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: centros de la Confederación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CONFEAFA), estudio multicéntrico.

Población y muestra: personas con demencia atendidas en centros de la CONFEAFA de Cádiz y Huelva (nueve Unidades de Estancia Diurna (UED) y un centro residencial). Muestra: n=384, alfa 0.05, precisión 0.95.

Intervenciones: *Variables:* edad, sexo, tipo demencia, síndromes geriátricos (incontinencia fecal, incontinencia urinaria, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, ansiedad, depresión, dolor, úlceras por presión, déficit sensorial, polifarmacia, malnutrición (MNA)), Barthel, MEC, GDS y FAST. *Análisis:* diferencias entre mediciones: Chi-cuadrado, t Student para muestras apareadas. Cálculo del "Índice de reversibilidad": porcentaje de pacientes con un determinado síndrome que dejan de presentarlo en la reevaluación.

Resultados: se incluyen 400 pacientes iniciales, 347 pacientes 2ª medición (intervalo medio 6 meses). Edad media inicial 79,68 años (rango 53-99), 76,7% mujeres. Tipo de demencias: Alzheimer 73%, demencia vascular 9,5% y 17,5% otros tipos. Síndromes más frecuentes: polifarmacia (66.5%, 64.1%), déficit sensorial (60%, 58%), incontinencia urinaria (54.5%, 57.1%). Descenso significativo en valores medios del Barthel (55,21+1,67 1ª medición, 41,91+1,78 2ª medición), MEC (12,39+0,495, 9,23+0,48) y escalas de gravedad GDS (5,2+0,63, 5,57+0,71) y FAST (5,6+0,64, 5,9+ 0,06). El "Índice de reversibilidad" es relevante en: úlceras por presión (24.1%), dolor (21.2%) y estreñimiento (20.5%).

Conclusiones: se aprecia descenso de la capacidad funcional y cognitiva. Es posible la reversibilidad de los síndromes geriátricos, mayor en úlceras por presión, dolor y estreñimiento.

KEYWORDS

Keywords: dementia, geriatric syndromes, functional ability.

SUMMARY

Title: Dementia, does it always get steadily worse for patients? Evolution of cognitive functional status and geriatric syndromes in patients attending day centres and care homes.

Aims: To assess the evolution of functional status and geriatric syndromes in dementia patients attending care centres.

Design: A descriptive-longitudinal study.

Setting: Centres from the Andalusian Confederation of Associations of Families of Alzheimer Sufferers (ConFEAFA), multicentre study.

Population and sample: People with dementia attending centres from ConFEAFA in Cadiz and Huelva (nine day centres and one care home) Sample: n=384, alfa=0.05, precision 0.95.

Interventions: *Variables:* age, sex, type of dementia, geriatric syndromes (faecal incontinence, urinary incontinence, immobility, constipation, insomnia, anxiety, depression, pain, pressure ulcers, sensory deficits, polypharmacy, malnutrition (MNA)), Barthel, MEC, GDS and FAST. *Analysis:* differences in measurements: Chi-square test, Student's t-test for paired samples. Calculating index of reversibility: percentage of patients with a particular syndrome that is no longer present in the reassessment.

Results: 400 initial patients included, 347 patients at 2nd measurement (average interval 6 months). Initial average age 79.68 years (range 53-99), 76.7% women. Types of dementia: 73% Alzheimer, 9.5% vascular dementia and 7.5% other types. Most common syndromes: polypharmacy (66.5%, 64.1%), sensory deficit (60%, 58%), urinary incontinence (54.5%, 57.1%). Significant decrease in mean values of Barthel Index (55.21+1.67 1st measurement, 41.91+1.78 2nd measurement), MEC (12.39+0.495, 9.23+0.48) and severity scales GDS (5.2+0.63, 5.57+0.71) and FAST (5.6+0.64, 5.9+ 0.06). The "Index of reversibility" is outstanding in: pressure ulcers (24.1%), pain (21.2%) and constipation (20.5%).

Conclusions: A decline in functional cognitive abilities can be noticed. Reversibility of geriatric syndromes is possible, and is greater in pressure ulcers, pain and constipation.

INTRODUCCIÓN

La demencia es una enfermedad que evoluciona progresivamente al deterioro funcional de las personas que la padecen y su coste personal y social viene determinado por la situación de dependencia que ocasiona(1). Es la entidad que produce más años de vida perdidos por incapacidad(2). La forma de describir el estado de salud de una persona que padece demencia y su evolución temporal debe adaptarse más al concepto de funcionalidad y necesidad de ayuda que a parámetros clínicos específicos.

Se ha descrito ampliamente la evolución de la demencia, estableciéndose distintas fases evolutivas caracterizadas por estadios de deterioro cognitivo asociados a distinta sintomatología y alteraciones de conducta. Esta descripción se ha materializado en escalas concretas como la Escala de Deterioro Global (escala GDS)(3) y Funcional Assessment Scale (FAST) que incluyen la evolución en la pérdida de funcionalidad y las necesidades de ayuda(4).

No obstante, para establecer un plan de cuidados es necesario concretar aún más la situación de cada persona con demencia, para lo que parece necesario utilizar los llamados síndromes geriátricos(5). Los síndromes geriátricos se definen como situaciones clínicas frecuentes en las personas mayores y complejas en su abordaje, prevención y tratamiento, que no corresponden a un único diagnóstico concreto, sino que comparten aspectos de múltiples enfermedades. Constituyen la forma más útil de valorar e intervenir sobre los problemas de salud de estas personas y en especial de los pacientes con demencia.

Se asume la idea de que, al igual que la capacidad funcional y cognitiva, los síndromes geriátricos en enfermedades crónicas en general, y en la demencia en particular, van a evolucionar necesariamente hacia un deterioro mayor, lo cual es relevante de cara a la práctica debido a la necesidad de marcar objetivos realistas y a la adopción de estrategias resolutivas y/o paliativas.

Existen algunos estudios longitudinales sobre pérdida funcional en la que se encuentra dificultad para caracterizarla, dado el uso de distintas escalas y la necesidad de discernir si la progresión hacia la situación de dependencia es aditiva o jerárquica(6).

En relación a la presencia de grandes síndromes en pacientes con demencia algunas investigaciones muestran diferencias en éstos según el estadio(7). Parecen indicar que no existe una única forma de evolución y que la prevención del deterioro funcional es posible. Así, se proponen estrategias de anticipación a la pérdida funcional que pueden permitir prolongar la autonomía de las personas mayores y la optimización de sus reservas y recursos personales(8).

El objetivo de nuestro estudio es valorar la evolución del estado funcional y la de los síndromes geriátricos en pacientes con demencia atendidos en centros asistenciales.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio es descriptivo longitudinal (medición basal y a los 6 meses (2010-2011).

La población de estudio la componen las personas con diagnóstico de demencia(9) que son atendidas en los centros de la Confederación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer (ConFEAFA). Las Unidades de Estancia Diurna (UED) incluyen recogida y traslado de pacientes, comedores, aseos, fisioterapia, con horario continuado de 10.00 a 19.00h. El centro residencial presta asistencia continuada.

Los criterios de inclusión en el estudio son: personas mayores de 55 años con diagnóstico de demencia incluidas en las nueve Unidades de Estancia Diurna y en un Centro Residencial adscritos a ConFEAFA en 2010-2011.

Para una prevalencia esperada de síndromes geriátricos variable, para alfa 0.05 y nivel precisión 95%, el tamaño muestral calculado es $n=384$. Dada la previsión de pérdidas en la segunda medición se incluyen todas las personas con criterios de inclusión.

Se asigna un código numérico a cada paciente garantizándose la intimidad y confidencialidad respecto a los datos clínicos, separados de los administrativos.

Las variables de estudio son: edad, sexo, tipo demencia (Alzheimer, vascular, mixta, fronto-

temporal, otras), estadio de demencia evaluado mediante escala Global Deterioration Scale (GDS), Functional Assessment Staging (FAST) (10), UED/Residencia, síndromes geriátricos(11): (incontinencia fecal, incontinencia urinaria, inmovilidad, estreñimiento, insomnio, ansiedad, depresión, dolor, úlceras por presión, déficit sensorial, polifarmacia, malnutrición (valorado mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) (12,13)), estado funcional para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel(14), estado cognitivo (Mini Examen Cognitivo (MEC))(15).

Se define la variable "Índice de reversibilidad" como porcentaje de pacientes que presentan un determinado síndrome en la medición basal y en la reevaluación dejan de presentarlo (la evaluación de los grandes síndromes se realiza de forma dicotómica: presencia/ausencia).

Todas las variables se evalúan en las mismas personas y por idénticos métodos en una medición basal y en una segunda valoración a los 6 meses. Se recogen los motivos de pérdidas de pacientes entre evaluaciones.

Se analizan las diferencias en los síndromes geriátricos según sexo y centro de procedencia.

La comparación basal-final en los síndromes geriátricos se realiza mediante test de Chi-cuadrado. En las variables cuantitativas se realiza la comparación de medias en las dos mediciones mediante prueba de la *t* de Student para muestras apareadas, incluyendo solo los pacientes con dos mediciones.

El nivel de significación considerado ha sido un alfa menor o igual a 0.05. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 12.5.

RESULTADOS

Se incluyen inicialmente 400 pacientes, 335 de UED y 65 de centro residencial. La segunda medición se realiza en un periodo de 6 meses y se incluyen 347 pacientes, con pérdidas debidas a traslados (9) y fallecimientos (44 pacientes).

El análisis del grupo de pacientes perdidos arroja los siguientes resultados: la edad media es 81.05

años (NS). El 70,2% son mujeres (NS). El 71,9% de pacientes presenta enfermedad de Alzheimer, el 12,3% demencia vascular y el 15,8% "otras" demencias (NS). La puntuación media del Barthel es 56,75, del MEC 15,15. El GDS tiene una media de 5,11 y el FAST 5,79. Existen diferencias significativas en cuanto a una menor gravedad de la demencia (menor GDS y mayor MEC) y mayor puntuación en el Barthel en el grupo de salida (mejor estado cognitivo y funcional). Respecto a los síndromes geriátricos se aprecian diferencias significativas la incontinencia fecal es menos frecuente (24,6%)(p 0.01) y el insomnio más frecuente (49,1%)(p 0.01) que en los pacientes que permanecen en el estudio y a los que se realiza la segunda valoración.

En la medición basal la edad media es 79,68 años, con una mediana de 80 años y un rango entre 53

y 99 años. El 76,7% son mujeres, existiendo una mayor edad media en éstas (80,39) frente a los hombres (77,92).

El 73% corresponden a demencias tipo Alzheimer, 9,5% demencia vascular y 17,5% corresponderían a demencias mixtas y otras (asociadas a Parkinson o enfermedades neurodegenerativas, etc.), no existiendo diferencias por sexo.

No existen diferencias significativas entre personas procedentes de UED y centro residencial en edad media, sexo o tipo de demencia.

La tabla 1 recoge la proporción de los principales síndromes geriátricos presentados en las dos mediciones.

Tabla 1. Porcentaje de pacientes que presentan los síndromes geriátricos

SÍNDROME	FRECUENCIA Basal	FRECUENCIA Segunda medición
Incontinencia fecal	39.5%	44,3%
Incontinencia urinaria	54.5%	57,1%
Inmovilidad	32%	40,8%
Estreñimiento	22.5%	23,9%
Insomnio	34.3%	28,3%
Ansiedad	42.3%	39,7%
Depresión	34.8%	36,7%
Dolor	15.5%	14%
Úlceras por presión	9%	10,8%
Déficit sensorial	60%	58%
Polifarmacia	66.5%	64,1%
Malnutrición	5,9%	8,9%

Existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de síndromes geriátricos entre hombres y mujeres en el caso del Dolor (lo presentan el 20.7% de mujeres frente al 9.5% de hombres; p 0.027; Razón de ventajas 2,5 (2,5 veces mayor riesgo de padecer dolor si se es mujer)) y polifarmacia (la presentan el 75,4% de mujeres frente al 63,5% de hombres; p 0.043; Razón de ventajas 1,76).

Asimismo existen diferencias significativas en la presencia de síndromes geriátricos según se trata de personas procedentes de las UED o del centro residencial.

En las UED son comparativamente más frecuentes la ansiedad (48% frente al 13,8%), la depresión (41,4% frente 1,5%), el dolor (17,9% frente al 3,1%) y la polifarmacia (73,1% frente al 32,3%). En pacientes ingresados en el centro residencial son comparativamente más frecuentes la incontinencia fecal (83,1% frente al 31,1%), la incontinencia urinaria (90,8% frente a 47,6%) y la inmovilidad (53,8% frente a 27,8%).

Recogemos en la tabla 2 el porcentaje de pacientes en los que se produce una resolución de cada síndrome geriátrico (Índice de Reversibilidad).

Tabla 2. Índice de reversibilidad de los síndromes geriátricos: porcentaje de pacientes que presentan el síndrome en la medición basal y no en la reevaluación

SÍNDROME GERIÁTRICO	ÍNDICE DE REVERSIBILIDAD general
Incontinencia fecal	5,6%
Incontinencia urinaria	6,5%
Inmovilidad	4,6%
Estreñimiento	20,5%
Insomnio	19,6%
Ansiedad	17%
Depresión	8,6%
Dolor	21,2%
Úlceras por presión	24,1%
Déficit sensorial	7,7%
Polifarmacia	4,5%
Malnutrición	5,6%

Respecto a la capacidad funcional y cognitiva existen diferencias significativas entre pacientes de UED y centro residencial, con un marcado mayor deterioro del estado funcional y mayor severidad de la de-

mencia en el último caso, por lo que las puntuaciones medias se presentan en la tabla 3 de forma separada. No existen diferencias por sexo en ninguna de las escalas cognitivas, funcional y de gravedad.

Tabla 3. Estado funcional y cognitivo

VARIABLE	Unidad Estancia Diurna	Centro residencial
Barthel	55,21 \pm 1,67	18,14 \pm 2,87
MEC	12,39 \pm 0,49	2,31 \pm 0,816
GDS	5,20 \pm 0,63	6,63 \pm 0,08
FAST	5,6 \pm 0,06	6,68 \pm 0,058

La reversibilidad en el caso de pacientes en residencia es nula en incontinencia fecal y urinaria, dolor, déficit sensorial y malnutrición. El resto de síndromes muestran los siguientes porcentajes de reversibilidad: inmovilidad 2,9%, estreñimiento 11,1%, insomnio 8,3%, ansiedad 12,5%, úlcera por presión (UPP) 25%, polifarmacia 4,8%.

En cuanto a los resultados de la evolución de la capacidad funcional y cognitiva obtenemos los resultados que se muestran en la gráfica (página siguiente).

DISCUSIÓN

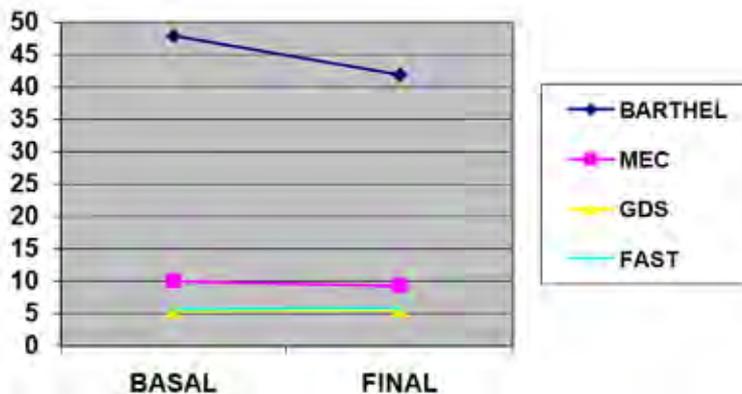
El perfil del paciente incluido en nuestro estudio es el de una mujer de 80 años con demencia tipo Alzheimer, en grado moderado-severo, con afectación importante en la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria, mostrándose una progresión tanto en el deterioro funcional como en el cognitivo.

En personas procedentes de UED se aprecia que los síndromes más frecuentes son la polifarmacia, el déficit sensorial y la incontinencia de orina,

Gráfica. Evolución de la capacidad funcional y cognitiva

Datos referidos al gráfico:

VARIABLE	BASAL (2010)	SEGUNDA MEDICION (2011)
Barthel	47,98±1,77	41,91±1,78
MEC	9,94±0,51	9,22±0,48
GDS	5,45±0,07	5,59±0,07
FAST	5,77±0,06	5,9±0,06



manteniéndose esta preponderancia en la segunda medición. Tras estos tres primeros síndromes, la frecuencia varía entre mediciones, ocupando el tercer lugar la ansiedad en la primera medición y la incontinencia fecal en la segunda. En personas en el Centro residencial los síndromes más frecuentes son la polifarmacia, ansiedad, depresión y dolor.

Recientes estudios sobre prevalencia de síndromes geriátricos en personas con demencia muestran(16) que los síndromes más frecuentes son el déficit sensorial, la polifarmacia y los trastornos del ánimo, coincidiendo en dos de los tres más frecuentes del presente estudio; la incontinencia de orina también es frecuente en dicha investigación, ocupando el cuarto lugar.

En comparación, en otros estudios con personas mayores con demencia institucionalizadas (17),

se aprecia una frecuencia menor de UPP (25,3%) y de polifarmacia (91,6%), si bien esto puede deberse a las diferencias de perfil de pacientes, con mayor grado de deterioro funcional y/o cognitivo en los institucionalizados.

Es importante el hecho de que exista un determinado número de pacientes en los que los síndromes geriátricos que presentan inicialmente, dejan de estar presentes en la segunda medición y son, por tanto, reversibles.

El “Índice de reversibilidad” es mayor en UPP, dolor y estreñimiento, lo que hace pensar en la efectividad de las intervenciones sobre estos problemas de salud de las personas con demencia. Los síndromes menos reversibles en estos pacientes son la inmovilidad y la incontinencia fecal y urinaria, problemas que, una vez esta-

blecidos parecen ser menos modificables con las intervenciones.

La frecuencia de UPP en las personas incluidas en el estudio se asemeja a la prevalencia media en pacientes de atención primaria incluidos en programas de atención domiciliaria(18), ya que se trata mayoritariamente de pacientes de centros de día que viven en su domicilio.

Las UPP son una complicación asociada a la inmovilidad, la desnutrición, el dolor y el avance de la enfermedad por lo que su reversibilidad implica un abordaje global sobre los pacientes con demencia que, no obstante, se benefician de las intervenciones en un porcentaje relevante de casos.

El dolor suele ser un síndrome geriátrico poco tratado en general y menos aún en pacientes con demencia, en los que se ha comprobado un menor uso de analgesia ante dolor presente y significativo en la vida diaria(19). Varios aspectos han de considerarse para su correcto abordaje como es el hecho de la dificultad de la expresión oral(20) y, si ésta está conservada, la capacidad del paciente para describir el dolor sólo cuando está presente pero no después(21) lo que obliga a una reevaluación constante de su presencia y estar atentos a signos indirectos.

El estreñimiento es un síndrome geriátrico reversible mediante intervenciones no farmacológicas y farmacológicas; su presencia se relaciona con otros síndromes como la inmovilidad y la malnutrición, de forma que existirá un beneficio compartido de las intervenciones en estas áreas.

Otros síndromes, en cambio se han mostrado poco reversibles. La irreversibilidad de la inmovilidad está en relación a que su aparición se produce en fases avanzadas de la demencia en la que es muy difícil la necesaria colaboración del paciente en la movilización activa en cualquier grado.

Las incontinencias urinaria y fecal, son situaciones que una vez establecidas, difícilmente puede corregirse, aplicándose tratamientos mayoritariamente paliativos.

Es llamativa la menor reversibilidad de los síndromes geriátricos (excepto algunos como úlceras por presión) en el caso de pacientes ingresados en residencia lo que hace pensar en que el peor estado

funcional y cognitivo influencia ésta posibilidad y deberá ser tenido en cuenta en posteriores estudios.

Las principales limitaciones de este estudio se deben por un lado a las pérdidas de pacientes entre la primera y segunda determinación, numerosas y esperables debido a la edad y patología de los pacientes, lo que se tuvo en cuenta en el cálculo del tamaño muestral. Las pérdidas muestran similar perfil de pacientes en cuanto a edad, sexo y tipo de demencia aunque el mejor estado funcional y cognitivo y las diferencias en la presencia de síndromes geriátricos podría influir en los resultados finales.

También es de resaltar la inclusión del centro residencial, con diferencias en la funcionalidad y presencia de síndromes geriátricos, si bien se ha pretendido también mostrar estas diferencias con el fin de orientar las intervenciones en la práctica hacia una mejor atención. Asimismo el tiempo entre las dos mediciones es limitado, considerándose la necesidad de un seguimiento más a largo plazo de las personas para reevaluar el comportamiento de los síndromes geriátricos.

Existen además una serie de variables no consideradas como la comorbilidad, el tiempo de evolución de la demencia y el tratamiento, que pudieran tener repercusión en el comportamiento evolutivo de los síndromes geriátricos así como de la capacidad funcional y cognitiva.

Como aplicación práctica fundamental de este estudio se deduce que la reversibilidad de algunos síndromes geriátricos permite focalizar las intervenciones hacia objetivos concretos que lleven a la mejoría de la calidad de vida y el bienestar de las personas con demencia.

Como principales conclusiones de nuestro estudio destacamos que en pacientes con demencia atendidos en centros de la conFEAFA, se aprecia empeoramiento evolutivo en el estado sobre todo funcional y menos evidente a nivel cognitivo aunque es posible la reversibilidad de algunos síndromes geriátricos como son las úlceras por presión (UPP) el dolor y el estreñimiento.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible realizarla gracias a la colaboración de la conFEAFA (Con-

federación de Federaciones de Asociaciones de Familiares de Alzheimer de Andalucía) en el marco del II Plan de Alzheimer de Andalucía.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total world-wide societal cost of dementia in 2005. *Alzheimer Dement*. 2007; 3:81-91.
2. De Hoyos MC, Tapias E, García de Blas F. Demencia. *AMF*. 2012; 8(9):484-95.
3. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982; 139(9):1136-9.
4. Reisberg B, Jamil IA, Khan S, Montoeiro I, Torossian C, Ferris S et al. Staging Dementia. En: Abou-Saleh MT, Catona C, Kumar A. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. 3th ed. Chichester: Wiley; 2011. p. 162-69.
5. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME and Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *The American Geriatrics Society*. 2007; 55(5):780-91.
6. Delva F, Auriacombe S, Letenneur L, Foubert-Samier A, Verdín A, Clementy A et al. Natural History of functional decline in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2014; 40:57-67.
7. Riccio D, Solinas A, Astara G, Mantovani G. Comprehensive geriatric assessment in female elderly patients with Alzheimer disease and other types of dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44 Supl 1:343-53.
8. Mesa MP, Forcano M. Deterioro funcional en el anciano: significado, prevención y tratamiento. *JANO*. 2002; LXII:1872-4.
9. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Demencia. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
10. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24(4):629-36.
11. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine*. 2003; 8:5778-85.
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol*. 1994; 4 Suppl 2:15-59.
13. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: mini nutritional assessment as a part of geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996; 54:59-65.
14. Batzán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28:32-40.
15. Lobo A, Sanz P, Marcos G, Díaz JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Miniexamen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112:767-74.
16. Sánchez E, Gay J, Palomino M, Sánchez R, Cortés B. Prevalencia de síndromes geriátricos en personas con demencia. *Boletín Digital CRE Alzheimer Salamanca*. 2013; III(4) [Citado 10/10/2014] Disponible en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/postersgeriatricos13.pdf>.
17. Camina Martín MA, Barrera Ortega S, Domínguez Rodríguez L, Couceiro Muiño C, de Mateo Silleras B, Redondo del Río MP. Presencia de Malnutrición y Riesgo de Malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutrición Hospitalaria*. 2012;27(2):434-40.
18. Soldevilla JJ, Torra y Bou J-E, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2006; 17(3). [Citado 12/10/14]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2006000300006>.
19. Mantyselka P, Hartikainen S, Louivouri-Laako K, Sulkava R. Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population based study. *Age Ageing*. 2004; 33(5):496-9.
20. Krulewitch H, London MR, Skakel VJ. Assessment of pain in cognitively impaired older adults: a comparison of pain assessment tools and their use by nonprofessional caregivers. *JAGS*. 2000; 48(12):1607-11.
21. Stein WM. Pain in the Nursing Home. *Pain Management in the Elderly*. *Clin Geriatr Med*. 2001; 17(3):575-94.

ORIGINAL

Cómo vive el paciente con EPOC las reagudizaciones.

Estudio cualitativo en medio hospitalario

Calleja Cartón LA¹, Muñoz Cobos F¹,
Cuenca del Moral R², García-Ruiz AJ³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS El Palo, Málaga

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Albarizas, Marbella (Málaga)

³Profesor Titular de Universidad del Departamento de
Farmacología y Terapéutica Clínica de la Facultad
de Medicina (Unidad de Farmacoeconomía
e Investigación de Resultados en Salud)

CORRESPONDENCIA

Luis Antonio Calleja Cartón
E-mail: luisantcalleja@hotmail.com

Recibido el 27-10-2014; aceptado para publicación el 15-04-2015

Med fam Andal. 2015; 1: 19-40

PALABRAS CLAVE

Metodología cualitativa, EPOC, tabaco, exacerbaciones.

RESUMEN

Título: cómo vive el paciente con EPOC las reagudizaciones. Estudio cualitativo en medio hospitalario.

Objetivo: describir la visión de la enfermedad y de las exacerbaciones del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) durante un episodio de exacerbación.

Diseño: investigación cualitativa exploratoria.

Emplazamiento: áreas de urgencias y neumología del hospital Regional Universitario de Málaga.

Población y muestra: muestreo intencional y teórico hasta saturación. Pacientes diagnosticados de EPOC que acuden a la Urgencia del Hospital Regional Universitario de Málaga, y que son ingresados por la exacerbación urgencias y/o en la planta de Neumología de Septiembre a noviembre de 2013.

Metodología e intervenciones: técnica de entrevista audiograbada, previo consentimiento informado, tras estabilización clínica. Transcripción literal, según criterios de Jefferson. Análisis de contenido mediante estrategia inductiva (Teoría Fundamentada). Programa AtlasTi 5.2.

Resultados: existe dificultad para dar identidad a la enfermedad y se atribuye al tabaco y "algo más". Reconocen su curso progresivo con "altibajos". La enfermedad ocasiona importantes limitaciones y autolimitaciones en su vida cotidiana. El síntoma fundamental y más temido es la asfixia. Las exacerbaciones son identificadas como infecciones respiratorias imprevisibles y acuden o son llevados a urgencias en situaciones clínicas extremas. Los miedos fundamentales son a las reagudizaciones y a la oxigenoterapia y la dependencia que ocasiona.

Conclusiones: la EPOC es poco reconocida como enfermedad; las exacerbaciones se identifican con infecciones y son temidas por los pacientes

KEYWORDS

Qualitative methodology, COPD, tobacco, exacerbations.

SUMMARY

Title: how do chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients experience flare-ups. Qualitative study in hospital settings.

Aims: to describe the perception of COPD patients towards the disease and exacerbations during a flare-up.

Design: a qualitative exploratory research.

Setting: emergency and pneumology departments from Malaga Regional University Hospital.

Population and sample: purposive and theoretical sampling until saturation point. Patients with a diagnosis of COPD attending casualty at the Regional University Hospital of Malaga, and admitted to the emergency unit and/or the pneumology ward for exacerbations, from September to November 2013.

Methodology and interventions: audio-recorded interviewing technique, prior informed consent, following clinical stabilisation. Literal transcription, according to Jefferson criteria. Content analysis with an inductive approach (Grounded Theory). AtlasTi 5.2 software.

Results: recognition of the disease is often difficult and largely attributed to tobacco smoking and "some other thing". Patients acknowledge the progressive nature of the disease with "ups and downs". COPD causes significant limitations and self-limitations in daily activities. Suffocation is the main and most feared symptom. Exacerbations are identified as unpredictable respiratory infections and patients attend or are taken to an emergency department in extreme clinical situations. Basic fears are of flare-ups and oxygen therapy and dependence.

Conclusions: COPD is an under-recognised disease; Exacerbations are identified as infections and are feared by patients.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva, con repercusión global, tratable y prevenible basada en una obstrucción al flujo aéreo, poco reversible, debido a una reacción inflamatoria de la vía aérea frente a distintas partículas. Las exacerbaciones y comorbilidad asociada pueden incrementar la gravedad de esta enfermedad crónica^{1,2}.

El tabaco es el principal *factor de riesgo* asociado. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12, el 27% de la población adulta fuma, afortunadamente se aprecia también una disminución en su consumo, más marcada en el sexo masculino (del 42,1% al 31,4% entre 1997 y 2012) y menor en mujeres (del 24,8% al 22,8% en el mismo período)⁴. Esto es importante, pues el riesgo de padecer EPOC se ve incrementado con la cantidad de tabaco que se consume (nº paquetes/año)^{1,3}.

Estimamos una *prevalencia* entre el 0,2-37% (por diferencias poblacionales y de clasificación en los distintos estudios), esta es mayor en varones y mayores de 75 años^{5,6,7}; pero este hecho parece estar más relacionado con el efecto acumulativo de otros factores de riesgo a los que se ha expuesto el individuo a lo largo de la vida que con la edad o el sexo¹. Algunos estudios sugieren un infradiagnóstico, pues sólo el 27% de los pacientes que la padecían habían sido diagnosticados previamente⁸. La mortalidad varía entre 3-111 muerte/año por 100.000 habitantes, con una tendencia al descenso en los pacientes varones y a un incremento en las mujeres en los últimos años, esto es debido al mayor consumo de tabaco en este grupo de población^{6,7}. Es también más frecuente la presencia de comorbilidad asociadas¹.

Las exacerbaciones juegan un papel fundamental en la evolución de la EPOC y no siempre se dan en pacientes con mayor afectación⁹ (relación no lineal entre número de exacerbaciones y gravedad de la obstrucción bronquial), si bien las exacerbaciones frecuentes implican una pérdida acelerada de la función pulmonar, una progresión más rápida de la enfermedad y una disminución de la calidad de vida en comparación con las poco frecuentes¹⁰ siendo un elemento clave en su curso y pronóstico^{11,12}. Este impacto se manifiesta sobre todo en un grupo de pacientes con

especial susceptibilidad a las exacerbaciones^{13, 14}, definiéndose el fenotipo “exacerbador” como aquel que presenta dos o más reagudizaciones anuales siendo factores asociados^{15, 16}: historia de exacerbaciones (el que más, indicando susceptibilidad individual hereditaria¹⁷ o adquirida), carga bacteriana en la fase estable (persistencia de gérmenes no erradicados o colonizadores en la vía aérea induciendo inflamación bronquial de baja intensidad)¹⁸, expectoración crónica, comorbilidad cardiovascular, ansiedad-depresión, miopatía y enfermedad por reflujo, edad, gravedad. Este grupo de pacientes muestra notable estabilidad de la frecuencia de reagudizaciones¹⁸.

La mayoría de las exacerbaciones no son atendidas por profesionales de la salud y aunque sean menos intensas también impactan desfavorablemente¹⁹. Los métodos más útiles en el momento actual para detectar las exacerbaciones son los “diarios de síntomas²⁰, se pone así de manifiesto la relevancia de los aspectos subjetivos, de vida cotidiana y de vivencia del paciente de su propia sintomatología de cara a su detección precoz y control.

Las exacerbaciones suelen ocurrir “en racimos”, es decir, tienden a agruparse en periodos cortos²¹ y esta disposición es muy frecuente en los exacerbadores de forma que el control “a tiempo” de los primeros episodios puede evitar la progresión.

El inicio de la reagudización puede ser variado, se tienen cada vez más evidencias de la importancia del componente inflamatorio en la exacerbación²² de la EPOC, sin que existan biomarcadores para evidenciarlo. La inflamación es causada por humo del tabaco, virus, bacterias o polución y desencadena obstrucción =>hiperinsuflación => aumento del trabajo ventilatorio, reducción del intercambio de gases y efectos cardiovasculares.

La forma de evolución de la enfermedad es variable según los pacientes. La progresión de la EPOC se basa en la disminución progresiva del FEV1, en relación con el tabaquismo y con la edad y también con el estadio. La intensidad de los síntomas no es un buen parámetro de progresión del descenso del FEV1, sobre todo en lo que respecta a la tolerancia al ejercicio y calidad de vida relacionada con la salud^{23, 24}.

Por el carácter individual de la vivencia de los síntomas de la enfermedad y sus reagudizaciones

existe la necesidad de abordar este problema de salud desde perspectivas distintas a la biomédica, admitiendo la subjetividad²⁵.

El objetivo del presente estudio es conocer las vivencias del paciente con EPOC sobre las reagudizaciones y sobre la enfermedad durante una de ellas, con suficiente gravedad para requerir tratamiento en urgencias y/o ingreso hospitalario.

METODOLOGIA

• Diseño

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, siguiendo metodología inductiva, aplicando los principios de la Teoría Fundamentada^{26, 27, 28}. Esta teoría pone el énfasis en las significaciones que las personas estudiadas ponen en práctica para construir su vida en determinados aspectos. Utiliza el método inductivo para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones, partiendo directamente de los datos y no de marcos teóricos existentes.

• Participantes

Durante los meses comprendidos entre Septiembre y Noviembre de 2013, se contactó con pacientes diagnosticados de EPOC, y que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Regional Universitario de Málaga, y que fueron ingresados en el área de Observación, y/o en la planta de Neumología con motivo de su reagudización. Una vez preseleccionados, y estabilizada su situación clínica se les ofertaba participar en el estudio con realización de una entrevista audiograbada. Se les entregaba y explicaba un consentimiento informado, una vez firmado se procedía a realizar la entrevista.

Se realiza muestreo intencional y teórico siguiendo criterios de saturación, es decir hasta que la información resulta redundante.

• Técnica de recogida de información

Se utiliza la entrevista individual. Se sigue un guión (Anexo I) basado en los componentes del

Modelo de Autorregulación de Sentido Común²⁹ y desarrollado con posterioridad en 2003^{30,31}. Este modelo explica la representación cognitiva de la enfermedad según cinco dimensiones interrelacionadas (identidad, causa, duración, consecuencias y control/curación):

- Identidad: variables que identifican la presencia o ausencia de enfermedad. Puede referirse al nombre o etiqueta de la enfermedad y a signos y síntomas concretos de la misma.

- Causas: ideas que tiene el paciente sobre la etiología o causa de la enfermedad.

- Duración: expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad.

- Consecuencias: percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad así como de las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencia de las mismas.

- Control/curación: esta dimensión fue añadida con posterioridad, hace referencia hasta qué punto la enfermedad es receptiva al tratamiento.

La entrevista se registra mediante una grabadora, obteniendo archivos de audio en mp3, archivándose de forma anónima (codificación numérica) para preservar la confidencialidad.

• Análisis

Se emplean técnicas de análisis narrativo por lo que se procedía a la transcripción literal de las entrevistas, siguiendo los criterios de Jefferson³². Posteriormente se pasa el texto a formato enriquecido (RTF) para su mejor manejo en el programa informático ya que en este formato guardan la codificación informática junto al texto.

Para el análisis utilizamos el programa Atlas Ti 5.2. El programa Atlas Ti es una herramienta informática de apoyo a la investigación cualitativa cuyo funcionamiento está basado en cuatro características de las que se deriva su utilidad:

1) Posibilidad de disponer ordenada y simultáneamente en la pantalla de la mayor cantidad de

datos posibles relativos a la investigación sobre la que se trabaja.

2) Capacidad de integrar todos los elementos necesarios de un proyecto de investigación, de forma que se mantiene la visión de conjunto.

3) Permite una aproximación intuitiva a los datos mediante una operación que podríamos describir como navegación por los datos, acto similar al de pasar la vista por la colección de una biblioteca o una sesión de búsqueda por Internet.

4) Facilita la exploración de los datos orientada a la exploración sistemática de los datos enfocada al descubrimiento.

Se utilizó la licencia del Distrito Sanitario Málaga. Atlas Ti versión 5.2 Licencia DC9A57H-9FFT-XD9AP.

• Codificación

Procedemos a la lectura dos veces de cada entrevista. Este proceso inicial nos permite conocer globalmente la información aportada por el paciente en cada entrevista.

El siguiente paso consiste en la segmentación del texto según elementos relevantes, creando citas ("quotation"). Consiste en la identificación de fragmentos de texto (palabras, frases, párrafos, diálogos) con significado en relación a las preguntas de investigación. Son pasajes de las transcripciones que expresan una idea clara relacionada con el objetivo de investigación.

Al crear la cita procedemos a *codificar el texto*. La codificación hace referencia al proceso de asignar categorías, conceptos, o "códigos" a segmentos de información. Al principio se van creando nuevos códigos ("open codes"), más adelante se asignan códigos ya existentes ("codebylist"). Cada código se define por dos propiedades:

- Emergencia ("groundedness"): Número de citas a las que se asigna el código.

- Densidad ("density"): Es el número de veces que establece relación con otros códigos

Para llevar a cabo nuestra investigación con mayor facilidad y organización, estos códigos

se agrupan en un *Libro de códigos*, a donde se definen y comentan.

La codificación concluye cuando se alcanza la saturación, es decir, ya no se añade nueva información³³. A efectos prácticos se produce cuando todos los códigos nuevos asignados son preexistentes o "bylist".

Una vez que obtenidos todos los códigos, revisados para fusión de los similares, eliminación de errores y redundancias, se procede a agruparlos por *familias*, dentro de cada familia irían los códigos que comparten algún tipo de relación, de este modo un mismo código puede pertenecer a varias familias diferentes. Son una forma de ordenación que permite crear racimos de elementos relacionados. El criterio de agrupación en familias responde a los objetivos de investigación, en nuestro caso se basaron inicialmente en los elementos del modelo de autorregulación de sentido común.

• Redes

Tras la codificación y su ordenación en familias pasamos a un nivel superior de análisis y procedemos a la creación de *redes de cada familia*, una visualización gráfica, esta visualización es un elemento clave para descubrir las conexiones entre los conceptos, informar de manera precisa e interpretar los hallazgos. Dentro de cada red, establecemos los llamados *links*, es decir las relaciones entre los distintos códigos, estos son: es causa de, asociado a, es un, contradice a...etc además de los ya establecidos previamente, podemos editar la relación de forma libre; todo ello tiene como fin ayudarnos a comprender mejor la relación existente entre los distintos códigos.

Establecemos estas relaciones siempre en base a la información contenida en los textos.

El objetivo de las redes es establecer las relaciones entre conceptos y funcionan a modo de representación en red de la información contenida en el texto, asemejándose al modo en que funciona la memoria humana y se estructuran los pensamientos (mapas mentales).

Una vez bien definidas las relaciones entre las redes, analizándolas de manera pormenorizada,

obtenemos las *categorías*. Se trata de la selección de aquellos nodos de la red con mayor nivel explicativo, en base a la confluencia de relaciones que recibe y emite y a su grado de diferenciación de otros nodos. Se trata de un análisis axial, consistente en establecer ejes: de las redes emergen las agrupaciones de los distintos códigos en subgrupos a través de características comunes o diferenciadoras de otros nodos. Estas categorías emergentes del análisis de las redes constituyen la base de los resultados.

En este nivel explicativo también utilizamos las *superfamilias* consistente en el análisis simultáneo de dos o más familias relacionadas mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT): de esta forma obtenemos los códigos comunes a las dos redes, lo cual nos sirve y ayuda para el análisis de la relación existente entre ambas.

• Validez

La validez en investigación cualitativa depende de: el grado de exactitud en la descripción de la perspectiva de los sujetos estudiados, la adecuación de los procedimientos utilizados en el estudio y la capacidad de corroborar con evidencias las conclusiones, que deben ser creíbles para los beneficiarios de la investigación.

Sigue dos estrategias: método comparativo constante (recolección de información, codificación y análisis simultáneo) y triangulación.

El método comparativo constante se ha realizado en los niveles de código-código, código-familia, familia-familia, link-link, nodo-nodo, categoría-categoría. Consiste en la valoración de su semejanza/diferencia específica de cada caso y en base a la información contenida en el texto.

La triangulación se refleja como el mejor procedimiento para fortalecer el análisis. Consiste en utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder a la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis (todos los pasos del análisis se han realizado por dos investigadores de forma sucesiva), diferentes teorías para un mismo fenómeno.

RESULTADOS

Participan en el estudio 11 pacientes seleccionados en el área de Observación o Planta de Neumología del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga; todos ellos estaban ya diagnosticados y categorizados como enfermos EPOC y habían ingresado por un cuadro de exacerbación.

Las edades de estos estuvieron comprendidas entre los 52-81 años, casi todos ellos varones, lo que concuerda con la epidemiología de la EPOC que sitúa esta enfermedad sobre todo en edades avanzadas y en el sexo masculino.

La mayoría de ellos había ingresado en ocasiones anteriores por reagudizaciones.

• *Respecto a la visión de la enfermedad*

Para exponer la percepción que los participantes tienen sobre la EPOC seguimos el esquema del Modelo de Autorregulación de Leventhal^{29,31}.

• **Identidad**

La identidad de la enfermedad es confusa. Aunque una parte de participantes conoce el nombre de la enfermedad y la localizan a nivel de "los pulmones", incluso aquellos que conocen el nombre de EPOC, no parecen conocer en esencia la identidad de ésta, identificando al enfermedad con los síntomas (sobre todo con la asfixia), que les provoca o por las infecciones respiratorias que conducen a las reagudizaciones ("los resfriados mal curados"). Fruto de ese desconocimiento de la identidad concreta de la EPOC, hace que se confunda en ocasiones con otras patologías pulmonares, como puede ser el Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS).

Advertimos que el conocimiento del nombre de la enfermedad, es mayor en aquellos pacientes que ingresan con mayor frecuencia en el Hospital, que aquellos donde se lleva el manejo de la reagudización a nivel ambulatorio.

P3.-

- P: ¿Usted sabe qué enfermedad tiene?

- R: A mí me dijeron hará cuestión de ↑un año y medio::: o por ahí (.) cuando empezó >esta enfermedad< que eran::: no seque de los pulmones (.) como ↑infección en los pulmones (.) pero no es infección es como::: (2) °>ya te digo<° (.) como::: si fuera un::: ((menea la cabeza)) a ver (.) redondito ¿no? ((gesto con la mano derecha haciendo un círculo)) cosas redondas

- P: ¿Sabe cómo se llama esa enfermedad?

- R: No

- P: ¿En qué consiste?

- R: [Consiste en respirar:::]

- P: [¿Que síntomas le provoca?]

- R: ↑Pues que no puedo respirar (3) >que me ahogo (.) que me ahogo (.) y no puedo respirar< (1) tengo una máquina de dormir (3) tengo una máquina de dormir y yo duermo de noche con ella

A la confusión sobre la identidad de la enfermedad contribuye la forma de llegar al diagnóstico, normalmente, la EPOC, según refieren los pacientes, es diagnosticada a partir de un cuadro de infección respiratoria, sea o nuna infección respiratoria consolidante. Esto puede contribuir a considerar realmente la enfermedad como una sucesión de infecciones respiratorias.

En otras ocasiones, menos frecuente, se establece un Diagnóstico casual; a partir de pruebas complementarias realizadas con otro fin lo cual contribuye a la confusión sobre la enfermedad.

P6.-

- **¿Quién le diagnosticó esta enfermedad?**

- Pues me la diagnosticaron a raíz de::: una lesión que tuve (.) >y ya como yo tampoco era persona que había ido nunca a los médicos< ya empezaron ↑a chequearme por todo los lados (.) y ya empezaron a sacarme de todo<

- **¿Qué lesión tuvo que dice usted?**

- Me partí el (x) escafoides.

Dentro del proceso diagnóstico, a la hora de analizar las Pruebas Complementarias; como norma general los pacientes no saben concretar bien las pruebas que se le hicieron: se acuerdan de la espirometría o a radiografía, pero dentro

de un plano general de batería de pruebas, no sabiendo concretar para qué se solicitaba cada una de ellas.

P6.-

- P: **¿Y qué pruebas le hicieron para diagnosticarle la EPOC?**

- R: Pues me hicieron un puñado de pruebas (.) >no me acuerdo ahora mismo< porque eso >"quien lo lleva muy bien es mi mujer" < lleva todos los papeles al día:: y eso (.) porque yo soy muy torpe para quedarme con estas cosas (.) pero vamos (.) me han hecho un viaje de pruebas (1) "un viaje"

• Causa:

Muchos de los pacientes *dudan* acerca del origen y causa de la enfermedad. Respecto a la relación tabaco-EPOC, podemos afirmar que los pacientes identifican como norma general al tabaco como causa de su enfermedad; tanto por el consejo médico, como porque ellos mismos han identificado sus efectos negativos, e incluso por la mejoría obtenida al abandonar el hábito tabáquico, además de identificar en su consumo la causa de una evolución tórpida de la enfermedad. Apoya estos datos incluso la identificación del fumador pasivo.

P7.-

- **¿En ese caso a qué cree que es debida la enfermedad?**

- >¿A qué se debe°<al tabaco>°si si sisi si<
- ¿Usted relaciona el tabaco:: :?
- Si (.) >si sisi si< (1) <Yo he trabajado en una empresa> que pasábamos reconocimientos médicos todos los años (.) y me acuerdo el último año que estuve (0.5) me llamó el médico y me enseñó una radiografía y tenía los pulmones negros y una manchita blanca y dice tú sabes que-° (.)↑y yo pensé (.) ingenuamente que era una manchita en el pulmón (.) lo demás está ↑negro negronegro (.) y eso me asustó (.) y entonces ↑[hace ya 20 años que me quité]

También se perciben posibles factores individuales de vulnerabilidad de un "mayor daño" del tabaco en determinados pacientes.

P6.-

- P: **¿Esta enfermedad a qué cree que es debida?**

- R: Pues yo creo que es del tabaco (.) pero claro (.) yo verdaderamente (.) >será por tabaco< pero yo tampoco he fumado tanto como para verme como me veo (.) porque yo sí he fumado de muy pequeño (.) pero yo a mí nunca me he fumado un paquete diario (.) >a mí un paquetillo de tabaco< me ha durado ↑un día y medio (.) dos días (0.5) que no he sido una persona abusiva del tabaco (.) Pero por lo que se ve a mí me ha afectado más que a otros

Una de las *motivaciones* que tiene el paciente para el abandono del hábito tabáquico es precisamente notar que se encuentra mal por fumar, de un modo general y cotidiano, cada día peor, que lo diferencia a un empeoramiento en una reagudización; es el hecho de un malestar en el día a día lo que motiva la voluntad de abandono de este hábito. El paciente nota "que ya no puede más, que "si sigue fumando se muere".

P6.-

- P: **¿Por qué dejó de fumar?**

- R: Porque dejaba el tabaco o el tabaco acababa conmigo (.) le daba una calada >y ya me echaba ya a morir< ya (.) tuve que dejarlo por obligación (1.5) >no podía más vamos<

- P1.-

↑yo no me quito el tabaco y la bebida y *estoy muerto ya* (2.5) *pero muerto* (.) no es que diga de cachondeo.

- P5.-

si yo llego a::: a::: a quitarme un año antes >dos< ↑un año antes de esa fecha (.)↑un año o año y medio (.) un poquito antes de esa fecha (.) yo no tengo nada

No obstante, este convencimiento no es total, poniéndose en duda, no ya la relación causa-efecto del tabaco, sino el peso que éste tiene; apareciendo otras *causas* como en el *ambiente laboral*, la contaminación atmosférica, el humo de los coches...etc.; también hay pacientes que no parecen tener *nada claro el origen de la enfermedad* (no saben porqué se produce) o que incluso "les ha tocado", es decir es como "un designio", nada lo ha provocado, *debiéndose al azar*.

P9.-

-P: Lo que usted tiene de su enfermedad porque cree:: -a que cree que es debido?-¿Por qué está provocada?

- R:>Porque me ha tocado< y (incomprensible 2) pues me ha tocado a mí también ..h yo también fumaba también - [incomprensible] >no no yo fumaba también bastante<..h también el tabaco me ha hecho mucho ..h pero que muchas cosas es la suma de muchas cosas ↑y me ha venido.

Es de destacar la atribución al *ambiente laboral*, tanto por los contaminantes a los que se está expuesto (plomo, aluminio, humos, sulfatos... etc.), como por las duras condiciones de trabajo; frío, sudoración, corriente... etc. lo cual refuerza la causa de los llamados "*refriados mal curados*", otra de las causas relevantes que el paciente EPOC ve en su enfermedad.

P1.-

Yo he sufrido mucho con los bronquios y el resfriado (1) y yo que cogí también una bronquitis y la bronquitis la cogí tres veces (1) y de::: eso del tabaco (.) después de estar todo el día cavando en el campo (.) pues yo estuve de edad de 13 años cavando en el campo junto con mi padre y con::: >y ya luego después< pues afuera (.) estuve yo mucho tiempo (.) y luego estábamos todo el día lloviendo (.) lloviendillo y todo el día las espaldas lloviendo y cogía resfriados y no me curé los resfriados bien (1) y así venía todo lo que tengo yo.

P11.-

- Y lo que me ha comentado usted (.) en su caso (.) a que cree que::: ¿a qué cree usted que es debida en su caso?

- En mi caso (.) yo creo que he sulfatado mucho (.) yo he sulfatado entonces eso yo (.) creo que puede ser más (.) más que el tabaco (1) para mí.

- ¿Y usted cree que el tabaco tiene <algo que ver> (0.5) con esto?

- Creo (.) y::: no creo °a ver si comprende° (3) porque hay muchos factores que no se hablan (1) que se deberían hablar

- ¿Cómo cuál?

- Por ejemplo esto de >los trabajos que le dije a usted< (.) >los gases de los coches< (0.5) cincuenta mil cosas (.) que yo veo (.) y >seguramente a saber lo que usted come< (.) come parte de esas

cosas (0.5) porque es todo artificial (1) <no es natural> (1) y eso poquito a poco afecta al ser humano (1.5) creo yo eh (0.5) yo para mi (.) para mi juicio

• **Duración/evolución:**

Sobre la **evolución**, destacan dos formas de ver la enfermedad:

1.- *Evolución con empeoramiento progresivo*: Percepción de que cada día están peor. En parte influenciado por el propio envejecimiento del paciente poner una cita donde se vea esto del envejecimiento.

P9.-

- P: ¿Cuánto cree que va a durar esta enfermedad?

- R:>Esto es para toda la vida ya< (.) °esto no se quita° (1.5) hasta que nos muramos ¿no? ojalá ojalá se quitara (.) tu sabes como yo que no (.) ↑pero yo acepto vale (0.5) que por eso no me voy a tirar por una ventana (1) >me ha tocado me ha tocado< y tengo que aceptar lo que me ha tocado (1) y <procurar vivirla lo mejor que pueda> (0.5) dentro de las limitaciones que tengo (.) que no puedo ir al fútbol ↑pues no voy al fútbol que no me puedo bañar ↑pues no me baño que en el banco me puedo sentar ↑pues al banco me voy (.) a echarle de comer a las palomas (2) por eso no me voy::: (2) y yo sé que cada vez yo voy peor *eh*>peor peor peor< (.) >también cada vez soy más viejo< y esto es una suma de una cosa y otra

P5.-

- P: No (.) pero (x) ¿qué ha visto usted (x) el progreso de la enfermedad cómo ha sido?

- R: ¿El progreso de la enfermedad?(.) pues cada vez peor.

P6.-

- P: ¿Esta enfermedad que usted tiene cuando se la diagnosticaron?

- R: <Pues hará cuestión de::: unos diez años (.) doce años y progresivamente yo he ido empeorando>

P7.-

"Cada vez va mermando más mis facultades..."

P 9 y P10.-

"Cada vez voy a peor"

Dentro de este empeoramiento progresivo, los pacientes identifican el tabaco como factor desencadenante de una evolución tórpida.

P5.-

"Si yo llego a::: a::: a quitarme un año antes > dos< ↑un año antes de esa fecha (.)↑un año o año y medio (.) un poquito antes de esa fecha (.) Yo no tengo nada".

P7.-

"Si hubiera seguido fumando no le estaría yo contando::: seguramentesto"

2.- *Evolución progresiva con altibajos*: según esta perspectiva, continuamos con una relación lineal de empeoramiento progresivo, pero en este caso, los pacientes perciben una cierta mejoría entre las crisis.

P1.-

- P: ¿Y usted esta enfermedad cómo la ve que avanza a lo largo del tiempo (.) va mejor::: [va peor::: sigue igual:::]?

- R: [Algunas veces] (1) algunas veces ↑hasta ahora ha estado mejor (.) pero cuando ya me resfrío pues ya me pongo:::-Cuando se resfría se pone::: -Me pongo ya fatal.

P6.-

- "oy así estamos° (.) un día sí y un día no".

- "A lo mejor el día que me levanto un poquito más mejorado y me da una alegría (.) digo mira Glori (.) parece que no estoy asfixiado (.) y a lo mejor me tiro medio día sin ponerme el oxígeno y ya eso para mí es una fiesta (.) vamos"

P11.-

- P: ¿Cómo le limita esta enfermedad (.) en su día a día?

- R: <Aguantando> (.) según quiere venir ella (.) >uno días estoy mejor (.) otros días estoy regular< (1) voy luchando con ella (0.5) lo que puedo

A la hora de analizar la percepción general los pacientes tienen sobre la **duración de la enfermedad**, vemos que aceptan que se trata de una enfermedad crónica, incurable, que les va a acompañar hasta que se mueran.

P1.-

- P: ¿Usted esta enfermedad qué tiene, cuánto cree que va a durar, [cuánto va a durar la enfermedad]?

- R: [Hasta que me muera], hasta que me muera ((risas)) >esto ya no me se quita a mí ¿sabe usted?.

P3.-

"Hasta ↑que me muera".

P7.-

">La enfermedad hasta que me muera<"

P4.-

- P. ¿Usted cuánto cree que durará la enfermedad?

- R: Uf (.)↑yo qué sé, a lo mejor::: a lo mejor estoy aquí (.) a lo mejor me muero (.)↑yo qué sé

• Consecuencias

• Consecuencias -> Síntomas:

La *asfixia*, es el principal síntoma que aquejan los pacientes, está presente en múltiples aspectos de la enfermedad, tanto en la *cotidianidad* del día a día (donde se relaciona con una capacidad limitada y manejo de bajas saturaciones de oxígeno), como en las *reagudizaciones* que provocan que el paciente acuda al hospital, como en los *miedos* del paciente a quedarse sin aire o como motivo para dejar de fumar; este síntoma es el eje central de la enfermedad alrededor de lo cual parece girar todo. La angustiada sensación de falta de aire. Supone además una fuerte *limitación*, que les impide realizar múltiples tareas.

P9.-

- P: ¿Usted cómo se nota que ha tenido reagudizaciones? (1) Que ha esta (x)

- R: ¿Qué he estado peor?

- P: Si (0.5) cuando le han ingresado::: que ha tenido >baches<

- R: Pues que (.) que me quedo pillado se me cierran los pulmones y no puedo respirar (.) yo soy ↑ya no lo vuelvo a hacer más eh (2) ya cuando me ponga malo me vengo corriendo para acá ...h yo es que aguanto ...h y ya cuando vengo aquí (1) es porque vengo a cero

P2.-

- ¿Qué síntomas le provoca?

- (x) Pues me provoca ahogo >asfixia< (1) >falta de respirar<

P2.-

- **¿Usted sabe porque le hemos ingresado?**

- (Pues si (.) porque me he::: ((tose)) ↑asfxiado mucho (.) pero asfxiado que no podía ni respirar (.) ↑que me ahogaba vaya

El cansancio, en parte acompañando a los síntomas de asfixia y malestar, pero en este caso se expresa en forma de síntoma independiente, lo cual supone una limitación para el paciente, que ve como esto le impide llevar a cabo una vida normal. Esto se hace más evidente cuando el paciente envejece, y a los efectos que provoca el EPOC se suman los propios de la edad avanzada.

P7.-

- **P:¿Qué síntomas le provoca?**

- R: Pues::: provoca pues::: (x) malestar (.) ↑un cansancio (.) yo no puedo hacer una vida normal ...h yo salgo (.) yo salgo a pesar de eso todos los días ...h a la calle (.) pero::: ...h ↑me canso mucho (.)↑tengo que pararme más de la cuenta cada vez:::ando menos tiempo eh::: <cada vez va mermando más mi::: mis facultades>

P9.-

- **Usted se nota qué está peor desde que se lo diagnosticaron a ahora (.) que va a peor?**

- Yo estoy más viejo >me noto ahora más (0.5) más cansado> ¿sabes lo que te quiero decir? <...h también ...h yo ya ando menos ...h pero (x) ando menos ...h >no porque no quiera sino porque me canso< y ya me he hecho perezoso ¿sabes lo que es perezoso? [Sí] [He dicho perezoso] y eso me lo da porque me pongo a andar ...h y eso me a porque me pongo a andar me da la tos y entonces no ando <ando menos<

Los *síntomas asociados a la infección respiratoria*, estos son en especial *fiebre* y más señalado por parte de los pacientes la *tos* persistente. Estas aparecen más marcadas en relación a los cuadros de reagudización. También señalan la sensación de opresión torácica.

P7.-

- **P:¿Usted sabe porque ha sido ingresado aquí (.) en Observación?**

- R: Si (.) porque me encuentro bastante mal (.) me::: resfrío con esta enfermedad (.) cuando me resfrío (.) pues ↑se acentúa más (.) y ↑tení:::a un ahogo (.) grande (.)↑mucha tos (.)↑y unas décimas (.) no demasiado pero he llegado a tener ↑37.5 (.) y entonces en vista de que yo estaba tan mal es cuando yo he decidido (.) >por mi cuenta< (.) porque yo no he estado en el médico últimamente

Sensación de malestar, al preguntarse cómo se encuentran los pacientes, estos responden que mal, fatal...etc., es decir, como un estado general global. Una sensación de desazón, de incomodidad indefinible, un malestar físico vago global.

P4.-...Yo estoy regular (.) hombre en la medida de lo que cabe (.) estoy fatal.

P5.-... es que yo estoy fatal< ↑yo estoy fatal (.)

• Consecuencias -> Limitaciones:

La EPOC produce importantes **limitaciones** para los pacientes, lo cual influye desde el punto de vista *físico y psíquico* en el paciente.

Una limitación física motivada en gran parte por los síntomas de *cansancio y disnea*, que afecta a la capacidad de movimiento de los pacientes que se encuentran limitados para actos tales como andar rápido, andar cuesta arriba, subir escaleras, agacharse...etc. en definitiva realizar cualquier esfuerzo físico que se salga mínimamente de lo "normal", especialmente al compararse con personas de su edad.

P2.-Pues me limita::: >pues casi todo< no puedo hacer esfuerzos (.) no puedo::: (3) hacer muchas cosas que podría hacer con la edad que tengo.

P1.-Esta enfermedad es que me asfixio (.) Cuando yo voy andando cuesta arriba me asfixio (.) y si voy andando pues me pongo(x) no puedo andar, tengo que::: (x) -que pararse ¿no? -↑que pararme (.) y eso me pasa.

P3.-Pues me limita::: a no poder andar en ligero (2) <no me puedo agachar>...

Esta enfermedad puede suponer una *dependencia* de otras personas en la vida cotidiana de los pacientes, lo cual conlleva una importante repercusión psíquica de la enfermedad. Cuando va avanzando la enfermedad, llega un momento en que el paciente no puede ya valerse por sí sólo, necesita la ayuda para realizar todo tipo de actividades, desde las más simples a las más complejas, en su quehacer diario. Aquí entra el juego del factor de que el paciente tenga o no alguien que les cuide, muchas veces es la propia pareja del paciente. Esto motiva en ellos un miedo muy importante, que no pudieran seguir cuidándolos o que un día les pueda faltar y por tanto no haya nadie que los pueda ayudar, llegado el caso.

P11.-

- **P: ¿Qué le impide hacer?**

- R: Todo (1.5) yo soy un inútil total (1) <y si no fuera por mi señora>

- **P: Su mayor problema (.) ¿Cuál es? (.) el que usted ve**

- R: El mayor problema donde lo veo es en ella (.) que ya está casi igual que yo y::: <y me encuentro que si ella no estuviera>

Además de las limitaciones físicas ya comentadas, en gran parte a ellas debidas, entramos en un área más compleja que es la esfera *socio-laboral del paciente*, estos encuentran limitaciones para *el ocio*, no pueden por ejemplo ir al cine pues dependen en muchos casos de la oxigenoterapia o debido a la tos persistente que padecen; son muy marcadas las limitaciones que encuentran los pacientes para el *aseo personal*, para el que como se ha comentado antes necesitan la ayuda de otra persona; limitaciones *para comer* por sí solos; *deben dejar* de trabajar porque no son capaces...etc.

P3.-Yo antes de esta enfermedad (.)↑yo andaba mucho (.) >porque yo nunca he cogido los:::<los coches (.) yo me he cargado para ir de la compra (x) y ya:::no puedo porque mi esfuerzo no me lo permite.

Debido a las limitaciones y a la dependencia de otras personas, el paciente percibe tener *una muy mala calidad de vida*.

P6.-...un sistema de vida >pésimo pésimopésimo que es el que llevo<

A la hora de abordar la limitaciones que encuentran los pacientes, estos lo hacen comparándose; por un lado con personas de su edad, para expresar el grado de limitación que encuentran ellos; y por otro lado comparándose con la capacidad de vida previa, como método para expresar el empeoramiento que van experimentando progresivamente.

Muchas veces esto es motivado por una propia *autolimitación* del paciente, como método para controlar la enfermedad evitan realizar cualquier esfuerzo o realizar cualquier actividad, lo cual pone en marcha este círculo vicioso. Para no agravar su enfermedad, evitan salir a la calle, moverse...etc. dejan de llevar a cabo una vida normal, esto es una limitación que se autoimpone el paciente y que desemboca en un aislamiento.

P1.-

- **P. °Vale° (.) ¿usted qué hace para controlar esta enfermedad (.) para que no se ponga peorcillo (.) qué es lo que hace usted?**

-Yo (x) quedarme en mi casa -**quedarse en su casa ¿no? Intenta no salir o:::** -yo no salgo ni nada, yo me... ↑no puedo salir.

P1.-

- **°muybien° no se preocupe (.) y para evitar que le pase eso ¿Qué hace usted? ¿para evitar ponerse peor?**

- yo::: pues no salir de mi casa (.) y ponerme que no pille viento ni pille:::

• Consecuencias -> Sentimientos:

La EPOC no solo afecta desde el punto de vista físico a los pacientes, también lo hace desde un punto de vista mental, provocando en estos pacientes una serie de sentimientos. Por una parte de *tristeza y desesperanza*: el paciente se encuentra en una situación de *indefensión* y afronta la enfermedad afligido y apesadumbrado.

P6.-...hay días que te levantas y es que >no tienes ganas ni de mirarte al espejo< y hay días que la hago (.) hay días que no la hago (.) y vamos tirando >con mucho peso pero:::<

P7.-↑salgo a la calle porque sé que esto ↑requiere salir (.) pero no ↑porque me apetezca ...h

Por otra parte un sentimiento de resignación y de *aceptación de la enfermedad*; en ambos casos el paciente "acepta" la enfermedad, pero es importante destacar la diferencia entre ambas situaciones: en el caso de la aceptación es un afrontamiento activo, más útil y funcional, mientras que la resignación (conformación, tolerancia y paciencia ante las adversidades que provoca la EPOC) es un afrontamiento de tipo pasivo.

P9.-

- P: ¿Cuánto cree que va a durar esta enfermedad?

- R:>Esto es para toda la vida ya< (.) °esto no se quita° (1.5) hasta que nos muramos ¿no? ojaláojalá se quitara (.) tu sabes como yo que no (.) ↑pero yo acepto vale (0.5) que por eso no me voy a tirar por una ventana (1) >me ha tocado me ha tocado< y tengo que aceptar lo que me ha tocado (1) y <procurar vivirla lo mejor que pueda> (0.5) dentro de las limitaciones que tengo (.) que no puedo ir al fútbol ↑pues no voy al fútbol que no me puedo bañar ↑pues no me baño que en el banco me puedo sentar ↑pues al banco me voy (.) a echarle de comer a las palomas (2) por eso no me voy::: (2) y yo sé que cada vez yo voy peor eh>peor peor peor< (.) >también cada vez soy más viejo< y esto es una suma de una cosa y otra

• Consecuencias -> Miedos:

Esta enfermedad, afecta a amplias facetas del paciente, tanto físicas como psíquicas, familiares y sociales, de ahí que sea también causa importante de una serie de **miedos** en el paciente con EPOC.

La disnea es el principal miedo que tiene el paciente EPOC.

P6.-Me retiro mucho de mi casa y va uno asustado >porque digo a ver si me entra el ataque que me entra y no tengo el oxígeno a mano

Los pacientes perciben los *fármacos*, con un cierto celo en cuanto su uso continuado: temen acostumbrarse y que no les haga efecto a largo plazo, al igual que temen aspectos relacionados en cuanto a efectos secundarios, en especial con la terapia corticoidea o en la oxigenoterapia los pacientes retenedores de anhídrido carbónico; "no es bueno abusar de los fármacos".

P9.-

- P: ¿Pero qué es lo que (x) cumple peor cillo?

- R: *Porque me veo bien* =Y se le olvida::: ->No no< que al verme bien (x) yo creo que no es bueno abusar de los medicamentos (1) creo y si me veo bien ↑pues no tomo hombre

Uno de los temores del paciente es verse *imposibilitado*, no pudiendo valerse por sí mismo y depender de otras personas para desarrollar una vida normal e independiente.

P24.-

-P: ¿qué le impide hacer?

-R: Todo (1.5) yo soy un inútil total (1) <y si no fuera por mi señora>

-P: Su mayor problema (.) ¿Cuáles? (.) el que usted ve

-R: el mayor problema donde lo veo es en ella (.) que ya está casi igual que yo y::: <y me encuentro que si ella no estuviera>

Otro de los grandes temores de los pacientes, el final del camino, el empeoramiento progresivo que les lleve a fallecer, en especial temen al hospital y que la muerte sea dolorosa.

P9.-

- P: ¿Qué es lo que más miedo le da que le pueda quitar esta enfermedad (.) la mayor limitación que le puede dar?

- R: Que me muera porque yo sé que cada día voy a ir a peor (.) ↑bueno no no ...h he asumido lo que tengo *eh*

P7.-

- P: ¿Cuál es el mayor temor que tiene usted? (.) ¿Qué es lo que más teme que llegue a limitar la enfermedad?

- R: A mí lo que más le temo es encontrarme (.) <anoche se lo decía yo a mi mujer< yo estoy ya tan mal (.) que de aquí cuando sea el momento (.) me mandan para Paliativos (.) ↑yo no quiero estar allí (.) ↑yo prefiero morir en mi casa (.) pero yo me descompongo al estar en un hospital (.) en una clínica de esas que las conozco (.) porque he ido a::: ver a amigos ¿no? y eso para mí sería lo peor (1) yo a mí que me duela (.) >que no me duela (.) pero eso es lo que le temo

• **Control/curación: Tratamiento**

A la hora de analizar el “tratamiento habitual” del paciente EPOC, llamado así para diferenciarlo de aquel que tienen en urgencias; la mayoría de ellos identifican los inhaladores, la oxigenoterapia, la fisioterapia respiratoria, el trasplante o los mucolíticos, en algunos casos reciben los broncodilatadores mediante aerosolterapia. En general se aprecia un conocimiento amplio del tratamiento prescrito.

En cuanto a la **Oxigenoterapia**, es importante destacar que además de ser concebida como tratamiento, es vista como una *limitación* y un *miedo*; una limitación pues se ven “enganchados” al oxígeno, dado que dependen de él para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana o el miedo a la retención del carbónico por la oxigenoterapia:

P4.-
-¿Cómo ve la enfer (x) cómo ve que va la enfermedad a lo largo del tiempo?
 ->Pues igual< porque yo no recupero nada **-Igual ¿no?** -Hombre (.)↑me quita el ahogo (.) pero al tiempo sigo otra vez (.) porque yo (0.5) *duermo con oxígeno (.) vivo con oxígeno (.) y me levanto con oxígeno (1)* Así (1) Esto es (.) esto

Como norma general podemos decir que el paciente EPOC *conoce bien su tratamiento* (o si no el familiar al cargo), y lo sigue de *manera regular*; en gran parte debido a que con su tratamiento crónico consigue controlar su enfermedad. Hay que considerar que se trata de pacientes con exacerbaciones y por tanto en formas clínicas severas y muy sintomáticas donde el tratamiento es una necesidad.

P3.- ...tengo oxígeno en mi casa (.) pero::: claro (.) <lo pongo:::> de vez en cuando nada más (.) el oxígeno (.)

P6.-¿Usted cumple bien el tratamiento?-Sí.-¿Qué dificultades ve usted para cumplir el tratamiento?- No (.) >dificultades ninguna<

P7.-¿Usted cumple bien el tratamiento?-Si si (.) yo a diario si tengo que tomar cinco medicinas (.) <cinco que me las tomo> no::: se me olvida nunca

El cumplimiento irregular se aprecia sobre todo en cuanto a la oxigenoterapia, por lo ya comentado de la sensación de “estar enganchado” y los miedos; y la fisioterapia respiratoria, más bien por pereza.

P6.-
 ...he estado habiendo también fisioterapia en el Hospital Civil (.) también me iba muy bien (.) tenía que hacer los ejercicios y todo esto >pero con el oxígeno puesto< claro (1) °si no no puedo tampoco (.) y me ayudó mucho (.) pero ya en la casa (.) afloja uno un poquito también (.) >en comparación a cómo estás haciéndolo allí en el hospital<

En los casos en los que se sigue de forma irregular la terapia farmacológica esta obedece a la creencia de que “no es bueno tomar tantos fármacos”.

P9.-
 - P: ¿Pero qué es lo que (x) cumple peorillo?
 - R: *Porque me veo bien =Y se le olvida::: ->No no< que al verme bien (x) yo creo que no es bueno abusar de los medicamentos (1) creo y si me veo bien ↑pues no tomo hombre*

Los pacientes “*notan el efecto*” del tratamiento, tanto el habitual, como el tratamiento de urgencias, de hecho acuden allí cuando el tratamiento habitual les resulta ineficaz.

P5.-
 -P: ¿Y usted nota el efecto del tratamiento?
 -R: ↑Sí hombre se nota claro (.) claro que se nota.
P6.-
 -P:¿Usted nota el efecto de este tratamiento?

-R: Hombre (.) ↑por ejemplo el de los aerosoles sí (.) el del oxígeno también (.) >no me lo pongo y es que no me puedo ni mover vamos< tengo una ansiedad como si (x) me fuera >yo qué sé< (0.5) >no sé cómo explicarlo<>una cosa muy mala muy fea<

P10.->Lo bueno que tiene que aquí (en Urgencias) ya me quitan todo<

Muchos de estos pacientes, además de padecer una EPOC, padecen muchas otras enfermedades crónicas con su tratamiento correspondiente, lo cual complica el seguimiento de su tratamiento EPOC, además de influir en múltiples aspectos del paciente.

P4.-

... lo que me ha quedado del accidente (1) >de las cervicales<>las manos< ésta que se me ha quedado ((la muestra)) y así estoy (.) tengo también de (x) tengo ↑del hígado, ↓tengo muchas cosas

En el día a día, los pacientes luchan por **controlar su enfermedad**; por un lado llevando lo que ellos llaman una *Vida Normal* es decir, saludable, con cumplimiento de las indicaciones médicas de ejercicio, no fumar, control de esfuerzos, intentar coger infecciones respiratorias; es decir, como estos dicen, "evitan hacer excesos.

P2.-

- P: **¿Y usted que hace para evitarlas?**

- R: Pues el hacer mi vida normal ↑no hacer esfuerzos no fumar no beber °y todas esas cosas°

También consiguen el control de la enfermedad gracias al *cumplimiento de la medicación* que ha sido prescrita.

P2.-

- P: **¿Qué hace usted para controlar esta enfermedad?**

- R: Pues yo tomo los medicamentos que me ha mandado el médico

P3.-

- P: **¿Usted que hace para controlar esta enfermedad? (.) ¿Cómo la controla?**

- R: °Pues con las medicinas°

Dentro del control de la enfermedad, es importante destacar además la *autolimitación del movimiento*: evitan la aparición o empeoramiento de los síntomas no saliendo a la calle y quedándose en casa, esto es a su vez una contradicción con llevar a cabo una vida normal, pues esto no es una "vida normal", es una limitación.

P1.-

- P: °Vale° (.) **¿usted qué hace para controlar esta enfermedad (.) para que no se ponga peor cillo (.) qué es lo que hace usted?**

- R: Yo (x) quedarme en mi casa -**quedarse en su casa ¿no? Intenta no salir o:::** -yo no salgo ni nada, yo me... ↑no puedo salir.

• *Respecto a la visión de las reagudizaciones*

A la hora de la *identificación* de éstas, sabemos que la primera causa de reagudización en un paciente EPOC son las *infecciones respiratorias*. Este dato clínico se corresponde con la percepción que tienen los pacientes, que identifican los procesos de reagudización con "resfriados", que son las que les hacen empeorar, acudir a urgencias e ingresar. Los pacientes refieren un aumento de su disnea basal, "una asfixia", en el contexto de la infección respiratoria, junto con otros síntomas como fiebre, tos u opresión torácica.

P9.-

- P: **¿Usted cómo se nota que ha tenido reagudizaciones? (1) Que ha esta (x)**

- R: ¿Qué he estado peor?

- P: **Si (0.5) cuando le han ingresado::: que ha tenido >baches<**

-R: Pues que (.) que me quedo pillado se me cierran los pulmones y no puedo respirar (.) yo soy ↑ya no lo vuelvo a hacer más eh (2) ya cuando me ponga malo me vengo corriendo para acá ...h yo es que aguanto ...h y ya cuando vengo aquí (1) es porque vengo a cero

Aunque se sitúan dentro del contexto de la mencionada infección respiratoria, algunos pacientes no identifican el proceso de la reagudización con sintomatología infecciosa o respiratoria, sino que lo identifican a través de una *sintomatología ines-*

pecífica, como ansiedad, calor o falta de fuerzas por ejemplo.

P10.-

- P: ¿Qué es lo que nota usted?

- R: Como una calor que me entra por el cuerpo (1) y una subida a la cabeza

- P: ¿Qué se nota usted que se pone peor y tiene que venir al hospital?

- R: Porque me entra una calor y una presión muy grande (.) y me quedo yo sin fuerzas (.) no puedo respirar (.) y tienen que llamar y traerme para acá

Es de señalar que acudan al Servicio de Urgencias en el contexto de una *situación clínica extrema*, aguantan "hasta que ya no pueden más".

Estas reagudizaciones son *imprevisibles*, así que cuando se presentan, al paciente se va asfixiando de forma rápida y progresiva, hasta que se encuentra en una situación de gravedad extrema en la que ve peligrar su vida, motivo por el cual acude a Urgencias para recibir tratamiento. Ante esta imprevisibilidad los pacientes con EPOC no pueden hacer nada por evitarlas o controlarlas, "viene", "te toca"; lo cuales provoca un sentimiento de *indefensión*, una nula capacidad de controlarlas por sí mismos.

P11.-

- P: Y aparte de eso (.) ¿Qué trucos usa usted? (.) tanto con fármacos como sin fármacos para que no tenga:: este problema?

- R: Ahí no hay truco (2) a ella cuando viene (.) viene (.) le toca y ya está

P7.-...la distancia del dormitorio mío al:: al servicio es una cosa así ((*señala un punto en la habitación como a 10m*)) >llegaba allí y me tenía que parar porque no podía- >y eso ya< es lo que me hizo de decir ↑vamos a ir a Carlos Haya.

P8.-

- P: Muy bien (.) ¿Usted sabe por qué le hemos ingresado?

- R: Me han ingresado porque me ha dado un:: >una reagudización< (.) y entonces me he puesto mal (.) ya llevaba tres años sin ingresar en un hospital y ahora me han tenido que ingresar porque es que ya no podía aguantar más (.) porque además también por un virus que se me ha:: >que se me ha metido también<.

P9.-↑ya no lo vuelvo a hacer más eh (2) ya cuando me ponga malo me vengo corriendo para acá ...h yo es que aguanto ...h y ya cuando vengo aquí (1) es porque vengo a cero.

P11.-cuando me dan> tengo:: ↑media hora para llegar aquí para vivir. ...h y ahora pues cada año me da un par de veces ...h y en el verano me da ...h el año pasado me dio en Julio me parece tuve que ir quince días (3) allí ...h >y a la semana tuve que venirme otra vez<

A la hora de *acudir a Urgencias*, en numerosas ocasiones, los pacientes no pueden acudir por sí mismos, teniendo que ser allí llevados, bien por un familiar o bien por una ambulancia. Destacamos de nuevo la sensación de desamparo que provoca la noche en estas situaciones.

P7.-

Esta noche (0.5) porque siempre me levanto todas las noches un par de veces a orinar (.) la distancia del dormitorio mío al:: servicio es na cosa así ((*señala un punto en la habitación alejado unos 10 metros*)) >llegaba allí y me tenía que parar porque no podía <y eso ya< es lo que me hizo decir ↑Vamos a ir a Carlos Haya

Los pacientes destacan que ingresan en Urgencias en numerosas ocasiones, estas situaciones no son algo nuevo para ellos.

P9.-...h y ahora pues cada año me da un par de veces ...h y en el verano me da ...h el año pasado me dio en Julio me parece tuve que ir quince días (3) allí ...h >y a la semana tuve que venirme otra vez<

Los pacientes *evitan las reagudizaciones* de varios modos; evitando exponerse a corrientes o al frío, lo que refuerza la identificación de la enfermedad con un "resfriado mal curado"; evitando salir de casa o evitando esfuerzos, lo cual nos lleva a una fuerte autolimitación.

P22.-

- P: ¿Y usted porque cree que se producen estas:: >estos baches<?

- R: (incomprensible 1.5) son como las estaciones ...h igual que las estacione del año (.) unas vienen más frías ...h ↑y me toca en el verano (.) que eso no sé porque (.) no bebo frio eh (.) a mí la cerveza no me gusta::: que no me como *un helado* (.) yo no soy persona que bebo con hielo vale el hielo no existe para mí (.) y siempre uso camiseta eh ↑en invierno y en el verano (2) porque yo si he notado ...h que las corrientes me vienen muy mal eso si lo he notado (.) entonces a mí me salva mucho llevar una camiseta puesta .

Los pacientes EPOC identifican los efectos nocivos del tabaco. El principal motivo que motiva el abandono del hábito tabáquico, no se debe al efecto persistente en el día a día, sino del malestar enorme que se aprecia en una reagudización; es un hecho agudo.

P3.-

- P: ¿Se ha planteado usted dejar de fumar?
-R:...ya esta última vez me he visto yo >tan malamente tan malamente<

Esto puede hacer pensar en la reagudización como un momento de especial receptividad del paciente para la intervención antitabáquica.

El tratamiento que el paciente recibe en urgencias, se percibe como distinto al que tiene en domicilio, este es el intravenoso, corticoideo y antibiótico (aunque en muchas ocasiones no lo pueden precisar) y la aerosolterapia, con el que encuentra mejoría, se le realiza las pruebas diagnósticas precisas. Acuden a Urgencias en parte, porque no encuentran mejoría con el tratamiento que tienen en domicilio, y que en la "situación clínica extrema" en la que se encuentran, perciben como ineficaz. Este tratamiento que reciben en el área de urgencias es "su salvación".

P10.-

- ¿Tiene usted algún tratamiento especial para este tipo::: de situaciones?
- El oxígeno ↑y es malo
- ¿eh?
- El oxígeno y es malo
- ¿El oxígeno y es malo?
- ↑Hombre claro (.) yo tengo ahí el oxígeno(1)

entonces tengo yo esas cosas de no sé cuánto de oxígeno que hay (0.5) ↑que no elimino (incomprensible 2.5) la cabeza (1) la otra noche yo::: yo eso no (incomprensible) ahora yo ((tose)) a mí no me hace efecto

P1.-Ahora cuando voy a Carlos Haya (x) a eso pues me ponen::: >me hacen de todo< me sacan sangre (.) análisis (1) >de orina y de sangre< me hacen una radiografía (x) >y luego eso< me ponen::: me mandan a eso (.) me ponen una inyección aquí ((se señala el brazo derecho)) que es una aguja (.) y::: (1) >como un suero<↑eso es como un suero >lo que me ponen< y la mascarilla (.) y *eso sí me sienta a mí bien* que me pongo mejor::: yo noto que me pongo mejor y:::

P6.-...pues ya el antibiótico::: incluso por vía oral ↑no me hace nada (.) cuando cojo la infección ésta tiene que ser intravenosa.

DISCUSIÓN

En cuanto a la interpretación de los resultados en base a trabajos similares publicados con anterioridad, cabe destacar, que si bien hasta ahora se han publicado numerosos estudios acerca de diferentes aspectos de la EPOC, tanto para su sintomatología, complicaciones, tratamiento, exacerbaciones, gravedad de la enfermedad... etc, son pocos los estudios publicados acerca de la percepción que tienen los propios pacientes de la enfermedad^{34,35,36}. Dado que la muestra de pacientes se obtiene de aquellos que son hospitalizados como consecuencia de sus reagudizaciones, pudiera pensarse que los resultados se refieren tan sólo a pacientes con agudizaciones graves y no a los enfermos con EPOC en general, decir al respecto que sea cual sea el fenotipo del paciente, nuestro interés es mostrar las vivencias del paciente durante las reagudizaciones, aunque estas sean esporádicas.

• Identidad de la enfermedad

Como ocurre con nuestro pacientes, la a EPOC es una enfermedad de la que sabe poco la población general³⁷ y los mismos pacientes que la padecen³⁸.

Este desconocimiento tiene implicaciones de cara al afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes y a aspectos como el cumplimiento de las recomendaciones de hábitos de vida (abandono del tabaquismo fundamentalmente) y seguimiento del tratamiento inhalado.

La comorbilidad señalada por nuestros pacientes un hecho muy frecuente entre los pacientes con EPOC³⁹ y contribuye enormemente a la confusión respecto a la entidad de la enfermedad.

• Sintomatología

El estudio llevado a cabo por Miravittles M et al, en 2007³⁴, puso de manifiesto que la sintomatología más llamativa en los pacientes EPOC era la tos, seguida de la disnea, si bien en nuestro estudio es la disnea, de manera muy llamativa, el principal síntoma que aquejan los pacientes, coincidiendo en la apreciación que tienen los pacientes del *control de la exacerbación* mediante el uso de la medicación prescrita³⁵.

Existe coincidencia con otros estudios^{35,36} en asignar a la disnea las limitaciones de la enfermedad. En nuestro estudio, los pacientes aportan otros síntomas menos conocidos como el cansancio o el dolor y el malestar general.

• Limitaciones

En comparación con otros estudios también se destaca el impacto de la EPOC en la vida de los pacientes, sobre todo en el sentido *que impedian las actividades cotidianas* (tales como la manutención, el aseo o la realización de las compras por ejemplo) *y actividades recreativas o de ocio*, bien totalmente o bien como incapacidad para completar tareas de un modo o en un ritmo normal^{34,35,36}; especialmente durante las reagudizaciones que hacen que el paciente tenga que permanecer en reposo en cama o en un sofá³⁴. Otros estudios³⁶ pusieron también de manifiesto la dependencia de otras personas que provoca la enfermedad. Es llamativa la *autolimitación* del paciente para evitar la aparición de síntomas, lo cual no indicaría realmente un buen control de la enfermedad. Esta tendencia a la autolimitación en los pacientes con EPOC es referida en la bibliografía y tiene un efecto perjudicial sobre su evolución^{23,40}.

• Miedos

En comparación con otros estudios encontramos similitudes en cuanto a los principales miedos de los pacientes, como miedo a quedar *imposibilitados* o incluso la *muerte*^{34,35}; esto fue especialmente llamativo en aquellos pacientes en los que la enfermedad estaba más avanzada y que tenían un mayor número de reagudizaciones³⁴.

En relación con las exacerbaciones, y coincidiendo con otros estudios³⁴ destaca el miedo a los *periodos de invierno*, o circunstancias que puedan propiciar un resfriado, al que identifican como causa de las reagudizaciones.

Analizando diferentes estudios, se aprecia una coincidencia en cuanto a los principales miedos que sufren los pacientes; estos son principalmente el miedo a la *progresión de la enfermedad*, y a la *sensación de asfixia* intensa que se presenta en una reagudización^{34,35}.

El miedo a la asfixia, lleva a nuestros pacientes a conductas de evitación de exposición al frío, corrientes de aires, salir y moverse, es decir, aumentando las limitaciones; si bien ellos mismos reconocen su impredecibilidad y que aparecen "cuando te toca", aumentando la indefensión.

El miedo a la progresión de la enfermedad, se caracteriza por la preocupación acerca del futuro. En los estudios realizados, se encuentra esta visión que reflejan nuestros pacientes: que el final de la vida en la EPOC puede ser bastante dramático ya que se caracteriza por un periodo prolongado de disnea incapacitante con frecuentes exacerbaciones e ingresos hospitalarios, un importante deterioro físico y el presagio de una muerte cercana. Esta etapa requiere un abordaje integral, mostrándose útil seguir una estrategia de cuidados paliativos^{41,42}, que los participantes, por el contrario, temen, ya que este enfoque se caracteriza por el control de síntomas en las esferas física, psicológica, social y espiritual, con un importante efecto sobre el control del dolor.

El temor puede deberse a la connotación negativa de los cuidados paliativos como proximidad de la muerte y al desconocimiento de sus objetivos y métodos.

También se ha encontrado una peor asistencia de los pacientes con EPOC en situación terminal

por parte de los servicios sanitarios, con poca consideración del enfoque de cuidados paliativos en esta patología⁴³.

• Sentimientos

Las exacerbaciones tienen una fuerte influencia en el estado de ánimo, ocasionando sentimientos de *tristeza y desesperanza*³⁴, estas apreciaciones coinciden con lo observado en estudios anteriores; puede deducirse que las reagudizaciones frecuentes son unas de las causas frecuentes de depresión y angustia. Todo ello motivado en parte por la disminución de actividades y en consecuencia del aislamiento social motivado por la enfermedad y en especial por las reagudizaciones.

Hay que considerar la alta prevalencia de la depresión en los pacientes con EPOC⁴⁴.

Respecto a las limitaciones del estudio, si bien el uso de la *metodología cualitativa*, permitió una mejor concepción de la percepción que tenía el paciente EPOC de su enfermedad, y en particular de las reagudizaciones puede implicar la realización de inferencias interpretativas de lo narrado por los pacientes. Se controla mediante la continua fundamentación en los datos y el método comparativo constante. Aunque se han empleado criterios de saturación, habría que ampliar la participación a mayor número de pacientes en diferentes situaciones clínicas y utilizar algún criterio de segmentación que permita análisis diferenciados (por edad, sexo, nivel cultural, medio rural-urbano, gravedad, etc).

En este tipo de estudios, de investigación cualitativa, la decisión sobre de cuantos pacientes obtener los datos y sobre qué tipo de pacientes obtenerlos se toma en el propio campo, puesto que los participantes en el estudio nos resultan desconocidos al iniciarlo y es la información que vamos obteniendo la que guía el muestreo. En la investigación cualitativa, las muestras suelen ser generalmente de pequeño tamaño y no aleatorias, debido a ese pequeño tamaño una de las limitaciones que se plantean es la de su representatividad, pero debemos tener en cuenta que el interés de la investigación cualitativa en ocasiones se centra en un caso que presenta interés intrínseco para descubrir significado o reflejar

realidades múltiples, por lo que la generalización no es un objetivo de la investigación⁴⁵.

Como aplicación práctica, considerando que las entrevistas, se realizaron con la intención de conocer mejor las preocupaciones de los pacientes, sus miedos, necesidades de aprendizaje, limitaciones, facilitadores, objetivos y expectativas en relación con la autogestión de su enfermedad; y poder así obtener una mejor intervención que permita un mejor manejo tanto en el área de Urgencias, como de Atención Primaria, lo cual desemboca a su vez en un menor número de reagudizaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes, al establecer planes de cuidados que incluyan.

La exploración del conocimiento del paciente sobre la enfermedad y sus causas, los miedos y creencias respecto a la enfermedad, las reagudizaciones y los tratamientos, y la valoración de las limitaciones y autolimitaciones que la EPOC provoca. Este conocimiento debe llevar a la información sobre la enfermedad, sus causas, curso evolutivo, forma de controlar, de identificar las exacerbaciones al inicio y conductas a seguir. Además incluir corrección de falsas creencias sobre uso de inhaladores y oxigenoterapia.

Como principales conclusiones del estudio podemos destacar que los pacientes con EPOC tienen problemas a la hora de dar identidad a la enfermedad y la atribuyen al tabaco y otras causas. Reconocen su curso progresivo aunque admiten los "altibajos". La enfermedad le produce importantes limitaciones y autolimitaciones en su vida cotidiana. El síntoma fundamental y más temido es la asfixia. Existe la creencia de posible "acostumbramiento" al uso de inhaladores y de la oxigenoterapia.

Las reagudizaciones son identificadas como infecciones respiratorias imprevisibles y acuden o son llevados a urgencias cuando están en situaciones clínicas extremas. Los miedos fundamentales son a las reagudizaciones, a la progresión de la enfermedad y a la oxigenoterapia y la dependencia que conlleva.

Conflicto de intereses

Se han tenido en cuenta las instrucciones para los autores y las responsabilidades éticas, y to-

dos han declarado la no existencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): Pharmacological treatment of stable COPD. *Aten Primaria*. 2012; 44:425-37.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda (MD): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, World Health Organization, National Heart, Lung and Blood Institute; 2013. [Consultado 10/12/2013]. Disponible en <http://www.goldcopd.com>.
- Forey BA, Thornton AJ, Lee PN. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulm Med*. 2011; 11:36.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. [consultado 10/12/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, García Rio F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. *Arch Bronconeumol*. 2009; 45(1):41-7.
- Atsou K, Chouaid C, Hejblum G. Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review. *BMC Med*. 2011; 9:7.
- Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012; 7:457-94.
- Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009; 64(10):863-8.
- O'Really JF, Williams AE, Holt K, Rice L. Defining COPD exacerbations: impact on estimation of incidence and burden in primary care. *Prim Care Resp*. 2006;15:346-53.
- Makris D, Moschandreas J, Damianaki A, Ntaoukakis E, Siafakas NM, MilicEmili J, et al. Exacerbations and lung function decline in COPD: new insights in current and ex-smokers. *Respir Med*. 2007;101:1305-312.
- Donaldson GC, Seemungal TAR, Bohwmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2002;57:847-52.
- Hurst JR, Vetsbo J, Anzueto A, Locantore N, Mullerova H, Tal-Singer R et al. Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 2010;363:1128-38.
- Soler-Cataluña JJ, Rodríguez-Roisin R. Frequent chronic obstructive pulmonary disease exacerbators: how much real, how much fictitious? *COPD*. 2010;23:1829-34.
- Taskin DP. Frequent exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease-a distinct phenotype? *N Engl J Med*. 2010;16:1183-4.
- Niewoehner DE, Lokhnygina Y, Rice K, Kuschner WG, Sharafkhaneh A, sarosi GA et al. Risk indexes for exacerbations and hospitalizations due to COPD. *Chest*. 2007;131:20-8.
- García-Aymerich J, Ferrero E, Felez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Antó JM. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax*. 2003;58:100-5.
- Foreman MG, De Meo DL, Hersh CP, Carey VJ, Fan VS, Really JJ et al. Polymorphic variation in surfactant protein B is associated with COPD exacerbations. *Eur Respir J*. 2008;32:938-44.
- Patel IS, Seemungal TAR, Wiks M, Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Wedzicha JA. Relationship between bacterial colonisation and the frequency, character, and severity of COPD exacerbations. *Thorax*. 2002;57:759-64.
- Langsetmo L, Platt RW, Ernst P, Bourbeau J. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 177:396-401.
- Leidy NK, Wilcox T, Jones PW, Roberts L, Powers JH, Sethi S; the EXACT_PRO Study Group. Standardizing measurement of COPD exacerbations: reliability and validity of a patient-reported diary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011; 183:323-9.
- Hurst JR, Donaldson GC, Quint JK, Goldring JJP, BaghaiRavary R, Wedzicha J. temporal clustering of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;179:369-74.
- O'Donnell DE, Parker CM. COPD exacerbations. *Pathophysiology*. *Thorax*. 2006;61:345-61.
- Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T, Mishima M. Exercise capacity deterioration in patients with COPD: longitudinal evaluation over 5 years. *Chest*. 2005;128:63-9.
- Spencer S, Calverley PMA, Burge PS, Jones PW. Health status deterioration in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163:122-8.
- Amezcuca M, Gávez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *RevEsp Salud Pública*. 2001;76:423-436.

26. Glasser BG. Basics of Grounded Theory Analysis. Mill Valley CA: The Sociology Press; 1992.
27. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. 2 ed. Bogotá (Colombia): CONTUS-Editorial Universidad e Antioquia; 2002.
28. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. New York, United States of America: Aldine Publishing; 1967.
29. Leventhal H, Nerenz D, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, eds. Handbook of psychology and health. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1984; 219-252.
30. Hagger M. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychol Health. 2003; 18: 141-84.
31. Cameron L, Leventhal H. The Self-regulation of Health and Illness Behaviour. London: Routledge; 2003.
32. Jefferson, G. An Exercise in the Transcription and Analysis of Laughter. In Handbook of Discourse Analysis, vol. 3: Discourse and Dialogue. Ed. T. A. van Dijk. London: Academic Press, 1985; 25-34.
33. Juliet Corbin y Alsem Strauss. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 3th edition. California, United States of America: SAGE publications, Inc; 2008.
34. Miravittles M, Anzuelo A, Legnani D. Patient's perception of exacerbations of COPD-the PERCEIVE study. Respiratory Medicine. 2007; 101: 453-60.
35. Kathryn Wortz, Angela Cade, James Ryan Menard, Sue Lurie, Kristine Lykens, Sejong Bae, Bradford Jackson, Fenghsiu Su, Karan Singh, Coultas D. A qualitative study of patients' goals and expectation for self management con COPD. Prim Care Respir J. 2012; 21(4): 384-91.
36. Gülçin Av ar, Ma firet Ka ikçi. Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. Australian Journal of Advanced Nursing. 2010; 28(2): 46-52.
37. Soriano JB, Calle M, Montemayor T, Álvarez-Sala JL, Ruíz-Manzano J, Miravittles M. Conocimientos de la población general sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus determinantes: situación actual y cambios recientes. Arch Bronconeumol. 2012; 48(9): 308-15.
38. Parker DR, Goldman RE, Eaton Ch B. A qualitative study of individuals at risk for or who have chronic obstructive pulmonary disease: what do they understand about their disease. Lung. 2008; 186: 313-6.
39. Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA, Criner GJ, Make BJ. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorax Soc. 2008; 5: 549-55.
40. Pitta F, Troosters T, Spruit MA, Probst VS, Decramer M, Gosselink R. Characteristics of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171: 972-7.
41. Bausewin C, Booth S, Gysels M, Kühnbach R, Haberland B, Higginson JJ. Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. J Palliat Med. 2010; 13(9) : 1109-18.
42. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med. 2008; 177(8): 912-27.
43. Gore JM, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Thorax. 2000; 55: 1000-6.
44. Wilson I. Depression in patient with COPD. Int J Chron Obstruct Dis. 2006; 1(1): 61-4.
45. Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación, nº 27, 1-4, Marzo-Abril 2007. [consultado 16/04/2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1eWOzB>

ANEXO I: GUION DE ENTREVISTA CLÍNICA

1º Se explica al paciente a micrófono abierto que a continuación se realizará una entrevista acerca de la visión que tienen los pacientes sobre la enfermedad, y en especial las exacerbaciones en el ámbito hospitalario, todo ello dentro de un estudio que se va a llevar a cabo; se le explica que necesitamos su consentimiento para grabarle, y que en ningún momento la información que nos dé será usada en su perjuicio de forma alguna.

2º VISIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD:

- Identidad:
 - o ¿Sabe usted porque ha sido ingresado?

- o ¿Qué enfermedad tiene?
- o ¿Cómo se llama?
- o ¿En qué consiste?
- o ¿Qué síntomas le provoca?

- Causas:

- o ¿En su caso A qué cree usted que es debida esta enfermedad?
- o ¿Cuáles son las causas que conoce que pueden producirla?

- Duración:

- o ¿Cuánto cree que durará la enfermedad?

- Evolución:

- o ¿Cuándo le diagnosticaron esta enfermedad? ¿Qué métodos se usaron?
- o ¿Cómo ve que va la enfermedad a lo largo del tiempo?

- Consecuencias:

- o ¿Cómo limita esta enfermedad a su día a día?
- o ¿Qué le impide hacer?
- o ¿Cuál es el mayor problema que le ocasiona?
- o ¿Cuál es su mayor temor, que es lo que más teme que llegue a limitarle esta enfermedad?

- Control/curación:

- o ¿Cómo controla usted esta enfermedad?
- o ¿Qué hace para evitar estas complicaciones o adaptarse mejor a su día a día?, medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- o ¿Tiene usted tratamiento?, si es así ¿nota su efecto? ¿Qué efecto cree que le hace?, ¿qué espera que haga el tratamiento? ¿qué efecto le pediría que le hiciera? ¿Qué dificultades tiene para cumplirlo? ¿Qué ayudas le facilitan cumplir el tratamiento? Es decir se trata de averiguar si el paciente sabe usar los inhaladores, como los usa y si percibe su efecto.

3º VISIÓN GENERAL DE LAS REAGUDIZACIONES:

Tratar de averiguar si identifican que es una reagudización, como y porque creen que se producen, a que las atribuyen, que hacen para evitarlas...etc.

4º TRATAMIENTO:

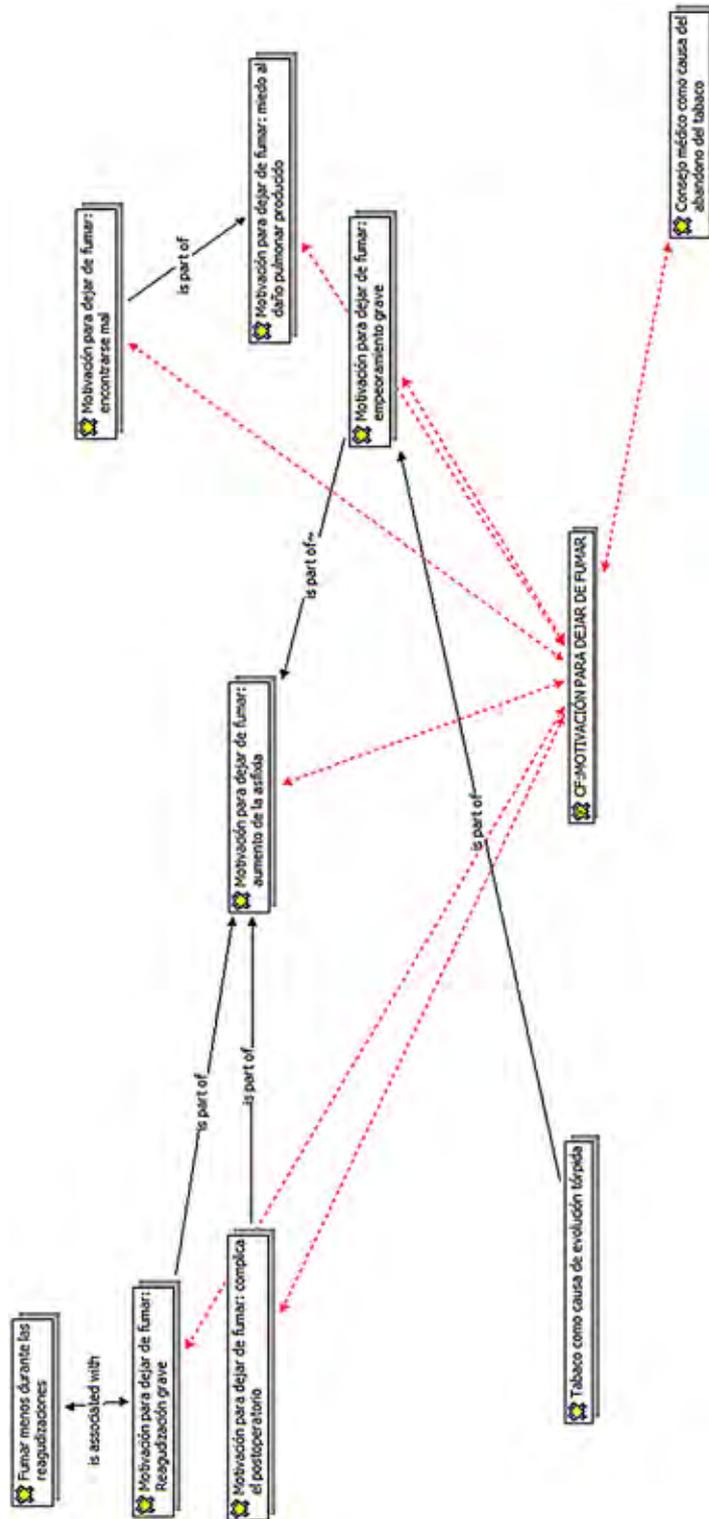
- ¿Tiene usted tratamiento especial para las agudizaciones/crisis?, si es así ¿Qué efecto cree que le hace?, ¿Qué dificultades tiene para cumplirlo? Es decir se trata de averiguar si el paciente sabe usar los inhaladores, como los usa y si percibe su efecto.

- Dado que se pregunta en el apartado 1, volver a preguntar si creemos que no ha sido respondido en su totalidad, o falta algún detalle.

5º TABACO:

- Si mantiene el hábito si no, qué se plantea respecto al fumar, si lo relaciona o no con la progresión o reagudizaciones, ¿fuma durante las crisis?, ¿cambia su forma/cantidad de tabaco durante las crisis? ¿cambia su visión del tabaco?

ANEXO II: EJEMPLOS DE RED



ORIGINAL

Pacientes con riesgo cardiovascular elevado en una población de Jaén: antropometría, nutrición y dieta mediterránea

Pérez Durillo FT¹, Villarejo Villar AB², Segarra Robles AB³, Ramírez Sánchez M⁴, Prieto Gómez I³

¹Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores Banting y Best de Bailén (Jaén)

²Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación Nutrición y Neuroendocrinología. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

³Doctora en Biología. Grupo de Investigación Nutrición y Neuroendocrinología. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

⁴Doctor en Medicina. Grupo de Investigación Nutrición y Neuroendocrinología. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

CORRESPONDENCIA

Francisco Tomás Pérez Durillo
E-mail: ft_perez@yahoo.com

Recibido el 27-10-2014; aceptado para publicación el 4-05-2015
Med fam Andal. 2015; 1: 41-49

PALABRAS CLAVE

Síndrome metabólico, factores de riesgo cardiovascular, hábitos alimentarios, dieta mediterránea.

RESUMEN

Título: pacientes con riesgo cardiovascular elevado en una población de Jaén: antropometría, nutrición y dieta mediterránea.

Objetivos: determinar las posibles diferencias antropométricas y de hábitos alimentarios entre pacientes con riesgo cardiovascular elevado respecto a un grupo control con bajo riesgo cardiovascular y su relación con la dieta mediterránea (DM).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud rural con una población que supera los 18.200 habitantes según el último censo.

Población y muestra: 64 sujetos con edades comprendidas entre 50 y 65 años distribuidos en dos grupos: Grupo control con sujetos de bajo riesgo cardiovascular y grupo síndrome metabólico según los criterios ATP III en 2001.

Intervenciones: estudio antropométrico, hábitos alimentarios y parámetros bioquímicos de muestra sanguínea.

Resultados: 64 sujetos entre 50-65 años, 28 síndrome metabólico (11 hombres y 17 mujeres) y 36 controles (13 hombres y 23 mujeres). Mayor porcentaje de fumadores y sedentarismo entre pacientes con síndrome metabólico. Los pacientes con síndrome metabólico presentan valores superiores de pliegues cutáneos, índice de masa corporal e índice cintura-cadera. Mayor puntuación en cuestionario de adherencia a la DM entre sujetos del grupo control ($8,6 \pm 1,8$) frente a síndrome metabólico ($6,8 \pm 1,9$). Los datos analíticos muestran un perfil más aterogénico en el grupo síndrome metabólico.

Conclusiones: los pacientes con síndrome metabólico de nuestra zona presentan diferencias antropométricas que indican mayor adiposidad visceral relacionada con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, mostrando menor adherencia a la DM, prototipo de dieta cardiosaludable.

KEYWORDS

Metabolic syndrome, cardiovascular risk factors, dietary patterns, Mediterranean diet.

SUMMARY

Title: Patients at high cardiovascular risk in a Jaén population: Anthropometry, Nutrition and the Mediterranean diet.

Aims: To determine differences in anthropometric measures and dietary patterns among patients at high cardiovascular risk compared with a control group at low cardiovascular risk and its relation with the Mediterranean diet (MD).

Design: A descriptive cross-sectional study.

Setting: A rural health care centre with a population of over 18.200 inhabitants, as per last census.

Population and sample: 64 subjects aged between 50 and 65 years divided into two groups: A control group with subjects at low cardiovascular risk and a metabolic syndrome group, according to NCEP ATP III criteria in 2001.

Interventions: Anthropometric survey, dietary patterns and biochemical parameters from blood sample.

Results: 64 subjects aged 50-65 years, 28 metabolic syndrome (11 men and 17 women) and 36 control subjects (13 men and 23 women). Increased rates of smoking and physical inactivity among patients with metabolic syndrome. Patients with metabolic syndrome show higher values of skin-fold thickness, body mass index and waist-hip ratio. Higher score in questionnaire of adherence to Mediterranean diet among subjects from the control group (8.6 ± 1.8) versus the metabolic syndrome group (6.8 ± 1.9). Analytical data show a more atherogenic profile among subjects from the metabolic syndrome group.

Conclusions: Patients with metabolic syndrome in our area have anthropometric differences showing greater visceral fat associated with increased risk of cardiovascular events, and showing poorer adherence to the Mediterranean diet, considered to be the prototype for a heart-healthy diet.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa. En el año 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo que supone un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,2 millones a los accidentes vasculares cerebrales. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedad cardiovascular y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte¹.

En el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares son múltiples los factores de riesgo entre los que destacan el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia, y la diabetes mellitus. A estos factores hay que añadir aquellos otros factores de riesgo predisponentes, como la obesidad y el sedentarismo, que ejercen su acción a través de factores de riesgo intermedios, causales o condicionales². Además, es frecuente la asociación de factores de riesgo, lo que multiplica el riesgo cardiovascular global de los individuos en los que están presentes, como es el caso de los pacientes con síndrome metabólico.

El síndrome metabólico se caracteriza por la presencia de resistencia a la insulina (RI) e hiperinsulinismo compensador junto a trastornos del metabolismo hidrocarbonado, elevación de las cifras de presión arterial, alteraciones lipídicas (incremento de triglicéridos (TG) plasmáticos, colesterol VLDL, partículas pequeñas de LDL y/o disminución de HDL), obesidad central o visceral, hiperuricemia, alteraciones hemorreológicas y de la fibrinólisis, disfunción endotelial y elevación de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR). Todos estos factores conllevan un incremento de la morbimortalidad de origen aterosclerótico.

El síndrome metabólico, según el tercer informe del programa norteamericano para la detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos³, es el conjunto de factores de riesgo presentes en un paciente que multiplican su riesgo y mortalidad cardiovascular. Actualmente son diversas las definiciones propuestas

estableciéndose posibles criterios diagnósticos del síndrome metabólico³⁻⁵.

La dieta mediterránea (rica en aceite de oliva, frutos secos, pescado, legumbres, frutas y verduras; y pobre en carne roja, bebidas azucaradas o bollería) se ha asociado a una menor morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares que parece estar en relación principalmente por ser baja en grasas saturadas, alta en grasas monoinsaturadas, balanceada en ácidos grasos poliinsaturados (omega 6/omega 3), baja en proteínas de origen animal y rica en antioxidantes y en fibra. Así, la dieta mediterránea parece tener un efecto preventivo sobre las enfermedades cardiovasculares^{6,7}, reduciendo algunos factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis: mejora del perfil lipídico, disminución de la resistencia a la insulina, reducción de marcadores inflamatorios, reducción del riesgo de padecer diabetes y síndrome metabólico⁸⁻¹³. Además, se ha demostrado que una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una reducción significativa de la mortalidad total¹⁴.

Por tanto, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de todos los factores de riesgo y su control ha contribuido a la importante reducción de la enfermedad cardiovascular observada en los países desarrollados en las últimas décadas. Las estrategias preventivas para la población general y para los grupos de alto riesgo deben ser complementarias; un enfoque limitado únicamente a personas de alto riesgo será menos efectivo; siguen siendo necesarios programas de educación de la población¹⁵.

El objetivo de este estudio es determinar las posibles diferencias antropométricas y de hábitos alimentarios entre sujetos con riesgo cardiovascular elevado respecto a un grupo control y su relación con la dieta mediterránea asociada a una menor morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal con 2 grupos (grupo síndrome metabólico y grupo control). El emplazamiento del estudio es

el Distrito Sanitario Jaén Norte (Andalucía, España). La población perteneciente a este Distrito Sanitario en 2006 de era de 189.344 habitantes. La población de referencia la conforman los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de síndrome metabólico según en "The Third Report National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults^{3"} que acuden a la consulta de Atención Primaria del Centro de Salud de Bailén (Jaén) que engloba a una población que supera los 18.200 habitantes según el último censo.

En el estudio participan 64 sujetos distribuidos en dos grupos:

- Grupo control compuesto por 36 sujetos con menos de dos factores de riesgo cardiovascular, pertenecientes al área geográfica de Bailén, con una edad comprendida entre 50-65 años que no reunían los criterios de síndrome metabólico y que fueron elegidos de forma aleatoria entre los pacientes que acudían a consulta de atención primaria como acompañantes o por patologías leves no relacionadas con el síndrome metabólico.

- Grupo de 28 sujetos con síndrome metabólico elegidos aleatoriamente entre los pacientes que acudían a consulta de Atención Primaria del Centro de Salud de Bailén. Los criterios de síndrome metabólico fueron los de la ATP III por los cuales se diagnostica de síndrome metabólico si se dan tres o más de los siguientes criterios: Obesidad abdominal definida por un diámetro de la cintura > 102 cm en hombres o > 88 cm en mujeres, Hipertrigliceridemia ≥ 150 mg/dl, colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres ó < 50 mg/dl en mujeres, Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg y Glucemia basal ≥ 110 mg/dl.

Los criterios de exclusión son no estar en el rango de edad, mujeres no menopáusicas, no dar el consentimiento informado o decidir retirarse del estudio, hernia o eventración en el abdomen (excepto hernias inguinales), intervención quirúrgica en el abdomen en el último año, ganancia o pérdida de peso de 5 ó más kg en los últimos 6 meses, pacientes diabéticos tipo I, insuficiencia cardiaca severa, insuficiencia hepática con ascitis o enfermedad neoplásica.

En cada uno de los grupos objeto del estudio anteriormente citados se determinan el per-

Gráfico 1. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea^{4,16}

Nº	Pregunta	Modo de Valoración	Puntos
1	¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	
2	Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...)?	2 ó más cucharadas = 1 punto	
3	¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)?	2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día ?	3 ó más = 1 punto	
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración = 100-150 g)?	Menos de 1 = 1 punto	
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual = 12 g)?	Menos de 1 = 1 punto	
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día ?	Menos de 1 = 1 punto	
8	¿Bebe vino ? ¿Cuánto consume a la semana ?	3 ó más vasos = 1 punto	
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (1 plato o ración = 150 g)?	3 ó más = 1 punto	
10	¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco)?	3 ó más = 1 punto	
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles) a la semana ?	Menos de 3 = 1 punto	
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g) ?	1 ó más = 1 punto	
13	¿Consumo preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)?	Sí = 1 punto	
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito) ?	2 ó más = 1 punto	
		Puntuación Total	
	Resultado Final		

fil sociodemográfico, antecedentes médicos, hábitos dietéticos mediante el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea¹⁶ (gráfico I), parámetros antropométricos y de composición corporal (Talla (cm), Peso (Kg), Índice de masa

corporal (Kg/m²), circunferencia de cintura (cm), perímetro de cadera (cm) así como los pliegues cutáneos tricípital (PT) (mm), bicípital (PBi) (mm), subescapular (PSb) (mm) y suprailíaco (PS) (mm). Todas las mediciones se realizan por

un médico utilizando una cinta antropométrica metálica flexible Holtain LTD de sensibilidad de 1 mm y un caliper Holtain LTD de sensibilidad de 0,2 mm y siguiendo las recomendaciones de la OMS. También se toman muestras sanguíneas en ayunas (realizadas por un enfermero) analizadas en el Laboratorio del Hospital San Agustín de Linares y en las que se determina glucosa (mg/dl), colesterol total (mg/dl), colesterol HDL (mg/dl), colesterol LDL (mg/dl), triglicéridos (mg/dl), hemoglobina glicosilada (% de Hb total) e insulinemia ($\mu\text{U}/\text{ml}$).

Se calcula el riesgo cardiovascular global de cada paciente aplicando la tabla desarrollada por el proyecto europeo SCORE para sujetos de bajo riesgo cardiovascular¹⁷. El índice HOMA (Homeostasis Model Assessment), considerado un índice indirecto de resistencia a la insulina, se calculó según la fórmula descrita por Matthews et al¹⁸ ($\text{insulina} [\mu\text{U}/\text{ml}] \times \text{glucosa} [\text{mmol}/\text{l}]/22,5$).

Todos los participantes son informados del estudio y aceptan ser incluidos en él, obteniendo su consentimiento informado por escrito siguiendo las normas de la declaración de Helsinki.

Se obtuvo la aprobación previa del Comité de Ética del Distrito Sanitario de Jaén Norte (Servicio Andaluz de Salud), ajustándose a la normativa española y europea sobre buena práctica clínica y confidencialidad, así como de la Universidad de Jaén (Andalucía, España).

El análisis estadístico de los resultados se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 15.0. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar y las variables cualitativas en frecuencias (%), aplicándose la prueba de la t de Student y ANOVA de una vía para comparación de medias y la prueba ji cuadrada para la comparación de proporciones. Se ha considerado un nivel de significación del 0,05. Se han estudiado también las posibles correlaciones lineales.

RESULTADOS

Entre las patologías con influencia en el riesgo cardiovascular descritas en la historia clínica de los pacientes con síndrome metabólico destacan

dislipemia (75%), hipertensión arterial (57,1%), diabetes mellitus (57,1%) y cardiopatía (3,7%). En los sujetos del grupo control por el contrario sólo destacan la hipertensión arterial (5,6%) y la dislipemia (11,1%). Los fármacos más frecuentemente prescritos a los pacientes con síndrome metabólico fueron las estatinas (53,6%), la metformina (46,4%), los diuréticos (35,7%), los IECA (32,1%), los ARAII (28,6%) y los antiagregantes (21,4%). En contraposición, en los sujetos del grupo control destacan las estatinas (5,6%), los ARAII (5,6%) y los diuréticos (2,8%).

En la tabla I se exponen los datos sobre la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y las características antropométricas de ambos grupos.

El porcentaje de fumadores era superior entre los pacientes con síndrome metabólico mientras que por el contrario el consumo de alcohol era superior en los sujetos del grupo control. En lo referente a la actividad física, el sedentarismo es más frecuente entre los pacientes con síndrome metabólico aunque en ninguno de los tres casos se llegó a alcanzar la significación estadística.

Respecto a la antropometría, los pacientes con síndrome metabólico presentan valores superiores en cuanto a la medida de pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco), IMC, así como de los perímetros de cintura y cadera. El índice de cintura-cadera (ICC), aceptado como un buen indicador de la obesidad central y como marcador de riesgo cardiovascular, fue estadísticamente superior en los sujetos con síndrome metabólico. En general se acepta que un ICC mayor de 0,85 en las mujeres y mayor de 1 en los hombres supone una cantidad elevada de grasa corporal y por lo tanto representa un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares o metabólicas¹⁹. De este modo el 40,6% de los sujetos del grupo control presentaban un ICC por encima de los valores límite frente al 92,9% de los sujetos con síndrome metabólico ($p < 0,001$).

A pesar de que los valores de presión arterial sistólica y diastólica fueron superiores entre los sujetos con síndrome metabólico, no se llegó a alcanzar significación estadística.

Aplicando la tabla Score para poblaciones de bajo riesgo con el fin de determinar el riesgo cardiovascular, se observa que ninguno los sujetos

Tabla 1. Resultados obtenidos sobre la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y las características antropométricas de los pacientes con síndrome metabólico y grupo control

	Grupo Control	Grupo Síndrome Metabólico
Sujetos	36	28
Edad (años)	56,5 (4,5)	57,6 (4,2) n.s.
Fumadores (%)	15,6	25,0 n.s.
Alcohol diario (g)	12,8 (21,9)	9,7 (17,8) n.s.
Sedentarismo	25,0	39,3 n.s.
Peso (kg)	72,7 (15,9)	84,2 (15,2)**
Talla (cm)	162,0 (8,2)	159,0 (6,4) n.s.
IMC (kg/m²)	27,7 (5,4)	33,3 (5,9)***
Pliegue Bicipital (cm)	10,5 (4,1)	15,6 (6,6)**
Pliegue Tricipital (cm)	18,7 (9,0)	22,4 (10,9) n.s.
Pl. Subescapular (cm)	20,5 (8,0)	30,5 (7,9)***
Pl. Suprailíaco (cm)	14,2 (7,2)	22,1 (7,5)***
Cintura (cm)	92,0 (12,4)	107,1 (13,5)***
Cadera (cm)	101,6 (11,5)	107,1 (11,6) n.s.
Índice cintura-cadera	0,9 (0,09)	1,0 (0,10)***
PAS (mmHg)	127,3 (14,6)	134,7 (16,3) n.s.
PAD (mmHg)	79,9 (9,6)	83,9 (10,8) n.s.

IMC: Índice de masa corporal, PAS: Presión arterial sistólica, PAD: Presión arterial diastólica.

Los valores de los parámetros cuantitativos están expresados como media (desviación estándar).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

del grupo control presentaba un riesgo elevado ($\geq 5\%$), a diferencia del 40,9% de los sujetos del grupo síndrome metabólico que sí lo presentaba.

La puntuación media obtenida en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (CADM) fue superior entre los sujetos del grupo control (tabla II).

Los sujetos con riesgo cardiovascular elevado ($\geq 5\%$) según la tabla Score presentaban en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea una puntuación más baja ($5,7 \pm 1,6$ puntos) respecto a aquéllos con un riesgo cardiovascular medio ($8,2 \pm 2,1$ puntos, $p = 0,063$) y bajo ($8,3 \pm 2,1$ puntos, $p < 0,01$).

De igual modo, los individuos que presentaban valores de ICC relacionados con mayor predisposición a padecer enfermedades cardiovasculares (> 1 en hombres y $> 0,85$ en mujeres) obtuvieron una puntuación más baja en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea ($7,2 \pm 1,9$

puntos) que la puntuación obtenida por los individuos con ICC dentro de los límites de la normalidad ($8,9 \pm 1,8$ puntos, $p < 0,01$).

Respecto a los parámetros bioquímicos (tabla II), los valores de colesterol total y cLDL fueron inferiores en los pacientes con síndrome metabólico aunque las diferencias encontradas solo fueron estadísticamente significativas en el caso de la fracción cLDL. Por el contrario se encontraron valores de cHDL significativamente superiores y de triglicéridos significativamente inferiores, ambos en el grupo control.

Los pacientes con síndrome metabólico presentaron mayores cifras de glucemia e insulinemia basales de forma estadísticamente significativa; así como los valores del índice HOMA que fueron estadísticamente superiores en los sujetos con síndrome metabólico. Los valores de HOMA para el percentil 75 se sitúan en 1,8 en los sujetos del grupo control; mientras que el valor para los

Tabla 2. Resultados obtenidos sobre valoración nutricional y valores analíticos de los pacientes con síndrome metabólico y grupo control

	Grupo Control	Grupo Síndrome Metabólico
CADM total	8,6 (1,8)	6,8 (1,9)***
Colesterol total (mg/dl)	230,6 (32,4)	220,4 (50,0) n.s.
HDL (mg/dl)	67,8 (19,9)	48,5 (17,4)***
LDL (mg/dl)	142,5 (26,6)	124,6 (36,3)*
Triglicéridos (mg/dl)	100,3 (28,8)	228,0 (148,1)***
Score (%)	1,56 (1,06)	5,11 (4,10)**
HbA1c (%)	5,4 (0,3)	6,8 (1,7)***
Glucosa (mg/dl)	88,8 (17,8)	133,7 (43,6)***
Insulinemia (µU/ml)	6,8 (3,8)	13,9 (12,0)**
Índice HOMA	1,52 (0,96)	4,46 (3,55)***

CADM: Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea, HbA1c: Hemoglobina glicosilada, HOMA: Homeostasis Model Assessment.

Los valores de los parámetros cuantitativos están expresados como media (desviación estándar).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

sujetos del grupo síndrome metabólico fue 4,91. Otro parámetro relacionado con la glucemia es la hemoglobina glicosilada cuyos valores son significativamente superiores en los pacientes con síndrome metabólico.

DISCUSIÓN

Según la evidencia científica disponible los pacientes con síndrome metabólico presentan una mayor morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares^{3-5,15}. En este estudio se ha demostrado que los pacientes que eran clasificados como síndrome metabólico según los criterios de la ATP-III muestran un perfil más aterogénico en comparación con un grupo control. De este modo los pacientes con síndrome metabólico presentaban una mayor prevalencia no solo de patologías con influencia en el riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o la dislipemia, sino también de otros hábitos nocivos como el tabaquismo o el sedentarismo también relacionados con las enfermedades cardiovasculares.

Respecto a la antropometría, los pacientes del grupo síndrome metabólico presentan valores

significativamente superiores de pliegue cutáneo bicipital, subescapular y suprailíaco. El índice de masa corporal medio en los pacientes con síndrome metabólico se encontraba en rango de obesidad a diferencia de los sujetos del grupo control que se encontraba en rango de sobrepeso siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El índice cintura-cadera, otro marcador importante relacionado con la adiposidad visceral y con el riesgo cardiovascular, también se encuentra elevado en más del 90% de los pacientes con síndrome metabólico siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Las diferencias halladas respecto a los valores de presión arterial no alcanzan la significación estadística a pesar de que éstos son más elevados en los pacientes con síndrome metabólico. Este hecho puede deberse a que todos los sujetos hipertensos, de los cuales sólo el 5,6% pertenecen al grupo control, reciben tratamiento antih Hipertensivo y por tanto sus cifras de tensión arterial se encuentran más próximas a los valores de los sujetos no hipertensos.

El modelo Score se basa en el seguimiento de una amplia población europea de 40 a 65 años y estima el riesgo de muerte de origen cardiovascular

(coronaria y cerebrovascular) a los 10 años, estableciéndose el umbral de alto riesgo en el 5%. Se utilizan como factores de riesgo cardiovascular la edad (entre 40 y 65 años), el sexo, el tabaquismo (definido como consumo regular de cualquier cantidad de tabaco en el último mes), las cifras de colesterol total o del cociente colesterol total/colesterol HDL y los valores de presión arterial sistólica. En nuestro estudio se aprecia que todos los sujetos del grupo control presentan una puntuación según el modelo SCORE inferior al 5% a diferencia de los pacientes del grupo síndrome metabólico donde aproximadamente el 60% de los mismos presentaba un riesgo cardiovascular medio-alto.

La dieta mediterránea caracterizada por su bajo contenido en grasas saturadas y alto en grasas monoinsaturadas así como por su bajo contenido en proteínas de origen animal, está asociada con un efecto preventivo sobre enfermedades cardiovasculares. Para evaluar el grado de cumplimiento a este tipo de dieta hemos empleado el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea¹⁶, observándose una puntuación significativamente menor (baja adherencia) en los pacientes con síndrome metabólico. Además, también se han encontrado puntuaciones significativamente más bajas en aquellos sujetos con mayor riesgo cardiovascular como son los sujetos con una puntuación de Score igual o superior al 5% y aquéllos con un índice cintura-cadera elevado, la mayor parte de los cuales pertenecen al grupo síndrome metabólico.

A pesar de lo que se podría esperar, los valores de colesterol total y c-LDL se encuentran más bajos en los pacientes con síndrome metabólico. Estas diferencias pueden ser debidas a que más de la mitad de los pacientes con síndrome metabólico se encontraban en tratamiento con estatinas cuyo principal efecto sobre el metabolismo lipoproteico es la reducción del colesterol-LDL (entre el 50% y el 55%)²⁰. El hecho de que las estatinas eleven de forma discreta el colesterol-HDL (5-10%) y reduzcan moderadamente la concentración de triglicéridos (10-30%) podría justificar que el efecto beneficioso observado de las estatinas sobre el colesterol total y c-LDL no se evidencie de forma tan manifiesta en los valores de c-HDL y triglicéridos en los pacientes tratados con las mismas, la mayoría de los cuales pertenecen al grupo de síndrome metabólico.

Respecto a las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, uno de los criterios que definen a

los pacientes con síndrome metabólico como son los valores de glucemia, eran significativamente superiores en este grupo de sujetos, además de los valores de hemoglobina glicosilada, insulina basal e índice HOMA.

Consideramos como limitación de nuestro estudio el posible sesgo en la selección del grupo control que, al ser obtenida de las consultas de atención primaria de un centro de salud, podría no corresponder con la realidad de los sujetos sin síndrome metabólico, a pesar de que se seleccionó aleatoriamente solo a los sujetos que presentaban como máximo un criterio según la definición de la ATP-III para síndrome metabólico.

En resumen, los pacientes con síndrome metabólico presentan diferencias antropométricas que indican una mayor adiposidad visceral relacionada con un mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares, y además muestran una menor adherencia a la dieta mediterránea, prototipo de dieta cardiosaludable.

Agradecimientos

Agradezco a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), el apoyo económico recibido mediante la Beca Isabel Fernández para la realización de Tesis Doctorales en su edición 2011 (Expediente 86/11).

Agradezco igualmente a la Unidad de Gestión Clínica de Laboratorio del Hospital San Agustín de Linares, al Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén, a la Universidad de Jaén y al personal del Centro de Salud de Bailén (Jaén) sin los cuales este trabajo no podría haber sido realizado.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006; 3(11):e442.

2. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. *Eur J Clin Nutr.* 2003; 57 Suppl 1:S18-21.
3. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, 2001. NIH Publication n.º 01-3670.
4. The European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). The frequency of the WHO Metabolic Syndrome in European Cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diab Med.* 2002; 28:364-76.
5. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J and IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet.* 2005; 366:1059-62.
6. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ.* 2008; 337:a1344.
7. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez JA, Martínez-González MA; the PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Eng J Med* 2013;368:1279–1290.
8. Martínez-González MA, de la Fuente-Arrillaga C, Núñez-Córdoba JM, Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Vázquez Z, et al. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ.* 2008; 336:1348-1351.
9. Tortosa A, Bes-Rastrollo M, Sanchez-Villegas A, Basterra-Gortari FJ, Nunez-Cordoba JM, Martinez-Gonzalez MA. Mediterranean diet inversely associated with the incidence of metabolic syndrome: the SUN prospective cohort. *Diabetes Care.* 2007; 30:2957-2959.
10. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, et al. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *JAMA.* 2004; 292:1440-6.
11. Estruch R, Martínez-González M, Corella D, Salas-Salvado J, y colaboradores. Effects of a Mediterranean Style Diet on Cardiovascular Risk Factors. *Ann Intern Med.* 2006; 145:1-11.
12. Babio N, Bulló M, and Salas-Salvadó J. Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. *Public Health Nutrition.* 2009; 12:1607-1617.
13. Patterson S, Flatt PR, Brennan L, Newsholme P, McClenaghan NH. Detrimental actions of metabolic syndrome risk factor, homocysteine, on pancreatic β -cell glucose metabolism and insulin secretion. *Journal of Endocrinology.* 2006; 189: 301–10.
14. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2.599-2.608.
15. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:e1-e66.
16. Castilla ML, Jiménez CP, Lama C, Muñoz J, Obando y de la Corte J, Rabat JM, Rebollo I, Sagrista M. Consejo Dietético en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
17. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003; 24: 987-1003.
18. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Teacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and β cell function from fasting plasma glucose and insulin resistance concentration in man. *Diabetologia.* 1985; 28:412-9.
19. De Portugal J. Índice cintura/cadera y factores de riesgo vascular en sujetos obesos y no obesos. *An Med Intern.* 1997; 14: 3-8.
20. Mostaza JM, Lahoz C, García-Iglesias F, Estirado E, Ruiz-Rivas J, González, et al. Uso de las estatinas en prevención primaria *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011; 35: 46-56.

A DEBATE

A propósito de la homologación de categorías profesionales de salud pública en el sistema nacional de salud: una oportunidad para innovar

Gámez de la Hoz J¹, Padilla Fortes A²

¹Técnico de Salud Pública en Sanidad Ambiental. Centro de Salud Las Lagunas. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas (Málaga)

²Prevencionista. Distrito Sanitario Málaga. Málaga

CORRESPONDENCIA

Joaquín Gámez de la Hoz

E-mail: joaquinj.gamez.sspa@juntadeandalucia.es

PALABRAS CLAVE

Empleos en salud; administración de salud pública; salud ambiental; administración de personal; capacitación profesional; movilidad laboral; perfil laboral; homologación.

RESUMEN

La homologación de categorías profesionales del sistema nacional de salud es un procedimiento que establece la equivalencia entre diferentes categorías existentes en los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la movilidad interterritorial de los profesionales y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. El resultado de estas homologaciones para las categorías de técnicos de salud y su repercusión en la organización de los recursos humanos de salud pública, son discutidos en el presente artículo. Se ponen en cuestión los criterios de unificación de categorías, se ratifica la necesidad de romper con las estructuras clásicas de ordenación profesional y se aboga por legitimar una concepción vanguardista de la salud pública, suprimiendo restricciones a la competencia en las políticas de personal de la Administración sanitaria, donde tengan cabida profesiones emergentes que nos permita afrontar con éxito los retos futuros del sistema público de salud.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la salud pública como sector profesional se encuentra ante un problema de identidad. El acelerado desarrollo tecnológico y las transformaciones sociales que se están produciendo están aumentando la complejidad de la práctica profesional en salud pública. La necesidad de realizar reformas en el sistema sanitario en parte viene dada por la cantidad de información que se requiere para desplegar las prestaciones de salud pública, información que procede de múltiples orígenes y debe poder ser utilizada en entornos profesionales muy diversos.

Seguramente la salud pública sea uno de los sectores que más precisan de lo multidisciplinario

Recibido el 09-02-2015; aceptado para publicación el 30-04-2015

Med fam Andal. 2015; 1: 50-57

como pilar fundamental para su ejercicio profesional. Precisamente esta singularidad de la salud pública es la que posibilita ir adaptándose a las exigencias del momento dando entrada a nuevos ámbitos de estudio y, sobre todo, señalando nuevas orientaciones guiadas por la función social que desempeñan los profesionales de la salud pública. Por ello la provisión de estos servicios de salud se afrontan cada día más desde un enfoque interdisciplinar con la intervención cooperativa de profesionales procedentes de diversas disciplinas y sectores. Sin lugar a dudas este es un punto favorable porque supone un enriquecimiento desde diferentes ópticas que aportan un valor añadido frente a otros sectores poco permeables al paso de profesiones emergentes.

Atendiendo a los conceptos definidos por la Directiva europea sobre cualificaciones profesionales⁽¹⁾, en las profesiones de salud pública existen un tipo de actividades profesionales cuyo acceso, ejercicio o una de las modalidades

de ejercicio no están subordinados de manera directa o indirecta, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, a la posesión de determinadas cualificaciones profesionales. Sin embargo y a pesar de que la salud pública no pertenece a ningún título académico predeterminado, aún existe poca penetración y aceptación de profesiones emergentes (Biología, Bioquímica, Química, Física, Psicología, etc).

Las recientes leyes aprobadas en los ámbitos del Estado⁽²⁾ y autonómico⁽³⁾ reconocen este carácter multidisciplinar de la salud pública pero dicha condición no ha tenido reflejo en los criterios que están teniendo las autoridades administrativas con su negativa a unificar todas las categorías profesionales de «técnicos de salud»^(4,5), manteniendo diferenciados a los técnicos de salud del Servicio Andaluz de Salud⁽⁶⁾, en el contexto del proceso de homologación de categorías profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) (tabla 1).

Tabla 1. Catálogo de equivalencias de categorías profesionales en salud pública del personal estatutario en el Sistema Nacional de Salud

Grupo	Clasificación del personal estatutario	Nombre de la Categoría de referencia	Categorías equivalentes
A1	Licenciado Sanitario (Ley 44/2003)	Técnico de Salud Pública	Técnico de Salud Pública/ Técnico de Salud en Atención Primaria/ Técnico de Salud/ Titulado Superior de Salud Pública/ Salud Pública
A1	Personal no sanitario (gestión y servicios) (art.2 Decreto 245/2001)	Técnico de Salud Pública en Sanidad Ambiental	Técnico de Salud de Atención Primaria (Sanidad Ambiental)
		Técnico de Salud Pública en Epidemiología y Programas	Técnico de Salud de Atención Primaria (Epidemiología y Programas)
		Técnico de Salud Pública en Medicamento	Técnico de Salud de Atención Primaria (Medicamento)
		Técnico de Salud Pública en Educación para la Salud y Participación Comunitaria	Técnico de Salud de Atención Primaria (Educación para la Salud y Participación Comunitaria)

Fuente: Real Decreto Homologaciones. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Políticas Sociales (4)

Por esto sorprende que un campo tan relevante como la salud pública, con tan larga trayectoria en la Administración sanitaria y tan preparada para afrontar las exigencias demandadas por la población en materia de prevención, vigilancia y protección de la salud, haya quedado relegada a un lugar tan secundario cuando es incapaz de agrupar en una única categoría laboral a todos los profesionales que intervienen en este ámbito, al margen de su dedicación particular, pues son inaprehensibles por un único profesional todos y cada uno de los campos de acción profesional que integran la salud pública (sanidad ambiental, epidemiología, medicina preventiva, promoción de la salud, seguridad alimentaria...), tanto por un técnico de salud generalista como por uno especialista. Esta decisión implica un serio revés para su futuro ya que supone un hándicap en el desarrollo de profesiones cuyos títulos universitarios no están clasificados dentro del ámbito de las ciencias de la salud. De nuevo una decisión tan torpe como alejada de la realidad, y que frustra las expectativas de una parte importante de este sector profesional.

IDENTIFICANDO EL PROBLEMA, ¿QUÉ QUEREMOS CAMBIAR?

Para tratar de entender cómo se ha llegado a esta situación, hay que pensar en la concepción que se tiene sobre el ejercicio profesional en salud pública. Este campo de actuación es percibido como un espacio propiedad de los colectivos "sanitarios" tradicionales (v.g. Medicina, principalmente).

Nadie cuestiona que las mejoras en salud deben concebirse en un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las intervenciones de las profesiones tituladas reguladas como sanitarias, pues tanto la vigilancia, la prevención como la protección de la salud comprenden áreas donde participan profesiones y profesionales procedentes de ámbitos distintos al de las ciencias de la salud, sectores desde los que también se producen bienes tangibles e intangibles relacionados con materias de interés general como la seguridad de la población y la protección de la salud ambiental⁽⁷⁾.

El primer contratempo que nos encontramos surge del enfoque inicial que se le da a la salud

pública. Si aceptamos la característica multidisciplinar como una de sus señas de identidad, resulta incongruente establecer fronteras basadas en la disyuntiva entre poseer titulación sanitaria o no sanitaria como criterio de pertenencia a la categoría de técnico de salud pública, obviando las funciones efectivamente desempeñadas. En este punto conviene aclarar que no estamos hablando de unos profesionales que van a desempeñar unos cometidos gracias a un determinado grupo de titulaciones, sino de unos profesionales que ya estaban desempeñando funciones dentro de áreas específicas (v.g. sanidad ambiental, promoción de la salud..) consideradas como prestaciones sanitarias de la cartera de servicios de salud pública⁽⁸⁾, y lo que se persigue es reconocer el trabajo que vienen realizando y su capacitación; que no sean discriminados por una simple clasificación académica, que dicho sea de paso, ha variado a lo largo de la historia reciente. Este criterio está alineado con la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias⁽⁹⁾, que salva los derechos de quienes se encuentren habilitados para desempeñar funciones sanitarias sin titulación universitaria en ciencias de la salud.

Sin embargo las opciones reales de reconocimiento profesional (acreditaciones, mapas de competencias, movilidad entre servicios de salud, representación en órganos consultivos, carrera profesional,...) en el seno de la Administración sanitaria apenas ofrecen oportunidades que faciliten la entrada y valorización de las profesiones emergentes. Este desequilibrio en favor de las profesiones tradicionales, en parte se explica por la herencia de los cuerpos nacionales de sanitarios locales⁽¹⁰⁾ transferidos hacia las comunidades autónomas, que fueron reformados en su denominación, pero cuyas estructuras han permanecido intactas y cerradas a otras titulaciones afines y capacitadas.

La consideración de prerrogativas dependiendo de la posesión de un título sanitario frente al no sanitario en un sector interdisciplinar y multiprofesional es absolutamente reprochable. Si la consecuencia de esta línea divisoria entre los profesionales no fuera la existencia de unos privilegios, seguramente la necesidad del abordaje de la situación y sus soluciones no serían el problema. Este factor es muy importante porque sitúa en desventaja a un considerable grupo de profesiones competentes que proceden de las

ramas científica y social frente a los titulados encuadrados en las ciencias de la salud. Nos parece un contrasentido aplicar criterios de titulación sanitaria en servicios profesionales donde, salvo en aspectos muy puntuales, no hay reserva legal de actividad para determinada profesión y donde además no se interviene

directamente con pacientes, es decir, cuando los destinatarios inmediatos de las actuaciones no son los usuarios de los centros de salud y hospitales del SNS. Así pues no puede decirse que unas titulaciones concretas tengan la formación adecuada para ejercer en cualquier ámbito de la salud pública (tabla 2).

Tabla 2. Incoherencias y contradicciones en los criterios de homologación de los recursos humanos de salud pública en el SNS

- El catálogo de equivalencias de las categorías profesionales pretende hacer efectiva la garantía de movilidad de los profesionales para que puedan acceder a plazas de otros servicios de salud, pero este objetivo es inviable cuando se mantienen categorías sin equivalencias (técnicos de salud del Servicio Andaluz de Salud).
- El ejercicio profesional en áreas especializadas de la salud pública es criterio desfavorable para la equivalencia a la categoría de referencia de técnico de salud pública, aún compartiendo denominación genérica de categoría, mientras que las categorías que han sido equiparadas a la anterior no se rigen por la equivalencia entre las funciones efectivamente desempeñadas en origen.
- La salud pública es un campo de acción profesional multidisciplinar, pero únicamente pueden acceder a la categoría de técnico de salud pública quienes estén en posesión del título de licenciado en Medicina.
- El acceso a la categoría de técnico de salud pública y de epidemiólogo está restringido a licenciados en Medicina sin que exista reserva legal sobre el conjunto de actividades que desempeñan los profesionales pertenecientes a dichas categorías.
- Las prestaciones de sanidad ambiental de la cartera de servicios comunes del SNS deben ser realizadas por profesionales sanitarios titulados (art.4 RD 1030/2006), en cambio ya estaban siendo desarrolladas previamente por «licenciados no sanitarios» (v.g. Técnicos de salud en sanidad ambiental del Servicio Andaluz de Salud).
- Los técnicos de salud en sanidad ambiental son clasificados como personal de gestión y servicios (licenciados no sanitarios), en cambio los técnicos de salud ambiental (Formación Profesional) son considerados como personal sanitario.

La situación descrita es concordante con el hecho de que no se haya logrado plenamente una puesta en valor de la salud pública, tanto en su desarrollo legislativo, en las plantillas de personal de los servicios públicos como en la proyección social de los diferentes grupos profesionales que la conforman. Por regla general sigue imperando

una concepción patrimonialista de las profesiones sanitarias clásicas y una escasa liberalización de este sector en el seno de la Administración pública. Este déficit profesional puede ser compensado fomentando la competitividad en el acceso a la Función pública, suprimiendo las restricciones a la competencia que las Administraciones pú-

blicas realizan reiteradamente en sus políticas de personal. Y esto es lo que pretende subsanar la futura Ley Servicios y Colegios profesionales, todavía en fase de anteproyecto⁽¹¹⁾, impidiendo al máximo que se exijan titulaciones concretas en las relaciones de puestos de trabajo de las Administraciones públicas. Más aún, la Comisión europea a propósito de la tramitación del citado anteproyecto de Ley, hace una llamada de atención a las autoridades españolas por la pobre liberalización y la escasa eliminación de barreras de entrada de profesiones, especialmente en el sector sanitario⁽¹²⁾.

El mercado demanda un capital humano renovado con profesionales capacitados y diferentes puntos de vista para cubrir los requerimientos de una sociedad en continua evolución y, como tal, las organizaciones de salud pública deben reformarse y actualizarse para reconocer profesionalmente a nuevos colectivos, que aporten criterios complementarios en el abordaje de la salud pública.

¿QUÉ IMPIDE EL RECONOCIMIENTO PROFESIONAL?

Al margen de las muchas necesidades y carencias que las organizaciones de salud pública deban superar para poder tener una presencia sólida en el sistema sanitario público, consideramos que un paso fundamental para lograr la protección, en un sentido amplio, de nuestra actividad laboral es materializar el reconocimiento profesional de las competencias y responsabilidades en cada área de capacitación específica de la salud pública⁽¹³⁾. A pesar de ello sólo con el conocimiento y la capacidad son insuficientes, la salud pública al igual que ocurre en otros campos profesionales, tiene que concretar formal y materialmente la participación de sus profesionales. Es intolerable convertir en endemismo a unos colectivos que accedieron hace más de 25 años a los servicios de salud pública de las comunidades autónomas (v.g. Andalucía) y continúan en su ejercicio sin que tengan la misma consideración que las demás especialidades profesionales del sistema público de salud. Esto significa que, durante todo ese dilatado período, la propia Administración sanitaria expresó a través de sus propios actos, en el ejercicio de su discrecionalidad técnica y

en razón del interés público (bien común, si se prefiere), la idoneidad de incluir titulaciones universitarias multidisciplinares (Biología, Química, Física, Farmacia, Psicología y otras), en cuerpos técnicos que proveen prestaciones incluidas en la cartera de servicios de salud pública. En ese sentido se ha establecido una habilitación inequívoca y expresa, que cuenta con cobertura legal o reglamentaria y avala el desempeño de diversas funciones de salud pública a categorías profesionales no clasificadas en el grupo de ciencias de la salud.

Las homologaciones malogradas de categorías y las aprobadas se apoyan en una distinción artificial basada principalmente en una clasificación administrativa de los títulos universitarios con el que se accede a cada categoría. De la mera clasificación de estos títulos no se infieren las funciones efectivamente desempeñadas. Por ello un tema controvertido es que a la hora de introducir determinadas profesiones y organizar los recursos humanos de los servicios de salud pública deba tener más peso y condicionar más un título universitario que la experiencia y formación adquirida en salud pública. Por otra parte, aunque las competencias profesionales de las distintas categorías, lógicamente están vinculadas al ámbito especializado de las funciones efectivamente desempeñadas, tampoco es un factor decisivo para establecer la pertenencia a unas categorías profesionales frente a otras.

Un conjunto de factores desencadenantes se encuentran detrás de este problema. Por un lado, el haber primado excesivamente la vinculación del ejercicio profesional en salud pública al origen de este tipo de servicio público a comienzos del pasado siglo, lo cual acaba derivando en perspectivas muy limitadas que ayuden a afrontar los problemas presentes y futuros. El valor de los profesionales no está plenamente logrado mientras siga imperando, por lo general, una ordenación derivada de una concepción anacrónica de la salud pública, lo cual acaba generando dinámicas donde la endogamia es más decisiva que la meritocracia a la hora de crecer en las organizaciones de salud pública. Con ello no se está minusvalorando el importante papel que históricamente han protagonizado las profesiones sanitarias tradicionales, pero la persistencia en modelos de gestión y visiones estratégicas que nacieron en otro contexto y para otros fines

se está exteriorizando en una organización fraccionada con planteamientos poco convincentes para mejorar los objetivos de la salud pública.

Aparte de las razones históricas, el poder e influencia política de los funcionarios dominantes en los departamentos de salud pública, también explican la ausencia o mínima presencia de profesiones emergentes en los efectivos de la administración sanitaria. Con demasiada frecuencia la configuración de las plantillas de personal se rige, sin generalizar, por criterios corporativistas⁽¹⁴⁾. Los intereses de una profesión, sea cual fuere ésta y aquéllos, no pueden estar eternizando una forma de provisión de los servicios públicos que la experiencia administrativa revela inapropiada para responder al interés general. Esto ha provocado una situación realmente inmerecida manifestada por la exclusión de titulados competentes y cualificados en la nueva categoría de técnicos de salud pública, cuando se viene hablando de una "nueva salud pública"⁽¹⁵⁾ y se creía que las estructuras de sanitarios locales eran un modelo obsoleto y superado⁽¹⁶⁾. Las estructuras profesionales de antaño ya no encajan en la sociedad tecnológica de las redes sociales, que chocan en objetividad con las nuevas titulaciones del marco Bolonia en un contexto profesional muy dinámico y dentro de escenarios con problemas desconocidos y complejos que requieren nuevos abordajes. Luego parece razonable, equilibrar e integrar a profesiones emergentes en categorías laborales multiprofesionales donde se comparten competencias.

Otro factor involucrado en el proceso de homologaciones ha sido la aplicación restrictiva de la Ley de ordenación de profesiones sanitarias, en la dirección de liquidar a los profesionales de salud pública que no proceden del ámbito de las ciencias de la salud, aun cuando sabemos que la salud pública en su conjunto no está regulada académica ni profesionalmente. Mantener a una parte de estos profesionales en una situación de indefinición, además de difuminar su importancia, es una forma sutil de aislar a aquellos técnicos de salud que siendo personal estatutario en el mismo grupo de clasificación dentro de los servicios de salud, no han sido homologados dentro del grupo general de técnicos de salud pública. Esta es una prueba más de como las instituciones sanitarias presentan grandes inercias burocráticas que no logran superar, impidiéndoles evo-

lucionar y utilizar eficazmente la información y experiencia que ellas mismas atesoran. Ante este marasmo, el sector profesional de la salud pública demanda una modernización de sus estructuras que tengan proyección de futuro. Para abordar dichas demandas se requiere promover a sus principales actores, que son los profesionales, siempre desde el carácter multidisciplinar inherente a la salud pública, que defendemos desde el respeto a la reserva legal de actividad de cada profesión.

Una cuestión prioritaria sería la protección de la profesión en salud pública, recuperando un papel protagonista que permita afrontar con garantías las demandas de los profesionales. Para ello la fusión del conjunto de categorías laborales de la salud pública es un medio práctico para alcanzar ese objetivo. Entendiendo la salud pública como una unidad indisoluble en el ámbito comunitario, la *idea fuerza* de unificar dichas categorías laborales quedaría justificada sobre la base del tipo de actividades que la conforman, en lugar de haber establecido la segregación de cada una de las áreas de actuación desarrolladas por cada profesional. La Administración debe saber integrar los recursos humanos de la salud pública ante a la potente irrupción de nuevas disciplinas muy profesionalizadas.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Es una práctica extendida en la Función pública, que ante la ausencia de modelos de referencia, se prefiere cambiar poco o nada, reproduciendo estructuras y fórmulas de gestión sin utilizar indicadores de impacto de los resultados obtenidos, manteniendo ineficiencias por tiempo indefinido. Esta forma de proceder no conduce a ninguna parte y es un freno a la innovación, porque no se puede estar copiando ni perpetuando las viejas organizaciones burocráticas. La legislación debe estar acompañada con los cambios sociales en lugar de permanecer inmutables. Esto es, los modelos deben ajustarse a las necesidades actuales, que no a la inversa.

La salud pública tiene el deber de reaccionar ante esta situación porque desde hace tiempo nuevos agentes profesionales ganan espacios donde las competencias son compartidas, y el conocimiento

necesario para abordar problemas y encontrar soluciones supera las fronteras que ha fijado –artificialmente– la propia Administración sanitaria. Es por ello que los poderes públicos tienen por delante el desafío de abandonar paulatinamente su conservadurismo profesional, ejerciendo un proteccionismo sensato y abriéndose a nuevos esquemas, traducidos en la integración de otras opciones profesionales emergentes⁽¹⁷⁾. Las políticas de personal en los servicios públicos deben evolucionar, lo que frecuentemente ocasionará desprenderse de estructuras anquilosadas, creando otras más dinámicas que produzcan sinergias interprofesionales e interdisciplinarias para secundar los programas de salud pública. Por ello debemos exigir innovación en las políticas de personal del SNS, sin prejuicios ni perjuicios, siendo coherentes respecto del riesgo que asumimos. Esta necesidad de asumir nuevos retos es consustancial a una sociedad sometida a transformaciones vertiginosas, y que tiene perspectivas diferentes a las de la sociedad lejana donde crecieron nuestros directivos, que con sus esquemas a veces anclados, suelen ser los que deciden qué ideas, y cómo, se llevan a la práctica⁽¹⁸⁾.

Abogamos por la simplificación de categorías mediante la creación de una categoría única de técnico salud pública de alcance nacional donde puedan integrarse los diferentes «técnicos de salud» existentes en los servicios de salud de las Comunidades autónomas. Es decir, eliminar las restricciones horizontales (por especialidad) dirigidas a una homologación unitaria, que aglutine a todos los profesionales procedentes de las diferentes áreas de la salud pública, lo que permitirá un mayor conocimiento de su papel en la sociedad y creará una identidad propia dentro del sistema de salud. Esto no significa que todos los profesionales sirvan para hacer de todo, sino que debe respetarse el ámbito funcional que desarrollan sin perjuicio de la consolidación de su categoría profesional y de un espacio definido dentro del SNS. No se trata únicamente de superar los obstáculos que dificultan el ejercicio profesional sino también saber transformar los retos en una oportunidad para lograr el reconocimiento de estos servicios, de acuerdo con las razones de interés general consustanciales a los diferentes campos de actuación de la salud pública.

En síntesis, esta propuesta tiene como valor añadido mejorar la proyección social, una ma-

yor cohesión profesional y la consolidación de un único grupo profesional dentro del sistema sanitario público, superando las rigideces de un enfoque compartimentado de la salud pública, lo que propiciará que las prestaciones de la cartera de servicios de salud pública sean fácilmente reconocibles por el ciudadano.

La equivalencia de categorías de salud pública del SNS debe atender a una evaluación no sólo desde una interpretación flexible de las disposiciones legales sino también observando la realidad asistencial y el acceso a las categorías con base en los principios de necesidad, proporcionalidad y no discriminación. En definitiva, la unificación de categorías laborales, sin excepciones, es un paso fundamental para la puesta en valor de las profesiones en salud pública de tal manera que sean procesos necesariamente convergentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Europa. Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. DOUE L255 de 30.9.2005.
2. España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE nº240, de 5 de octubre.
3. Andalucía. Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA nº255, de 31 de diciembre.
4. España. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. (Consultado: 7/04/2015) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2015/04/07/pdfs/BOE-A-2015-3717.pdf>
5. España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE nº301, de 17 de diciembre.
6. Andalucía. Decreto 245/2001, de 6 de noviembre, por el que se crea la categoría de técnico de salud de atención primaria en el Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº137, de 27 de noviembre.
7. España. Dictamen 1434/2013 del Consejo de Estado, de 27 de febrero del 2014, sobre el anteproyecto de Ley de servicios y colegios profesionales.
8. España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº222, de 16 de septiembre.

9. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº280, de 22 de noviembre.
10. España. Ley de bases de sanidad nacional, de 25 de noviembre de 1944. BOE nº331 de 26 de noviembre.
11. España. Ministerio de Economía y Competitividad. Anteproyecto de Ley de servicios y colegios profesionales (20/12/2013). (Consultado: 20/01/2015). Disponible en: <http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2013/06/Anteproyecto-LSyCP-memoria-economica-Consejo-de-Estado.pdf>
12. European Commission. Spain-Post Programme Surveillance. Spring 2014 report. European Economy: Occasional papers 193. Brussels: European Union, 2014.
13. Benavides FG, Moya C, Segura A., et al. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit. 2006; 20(3): 239-243.
14. Camprubí i García P. No debe ser posible gestionar sin políticos. Redacción médica 2015, 16 Ene.; Sec. Biólogos y Salud (Col.1). (Consultado: 20/01/2015). Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/no-debe-ser-posible-gestionar-sin-politicos-9318&previo=9850059185>
15. Camprubí i García P. La racanería del modelo de reconocimiento profesional. Redacción médica 2014, 10 Oct.; Sec. Biólogos y Salud (Col. 1). (Consultado: 30/10/2014). Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/la-racanería-del-modelo-de-reconocimiento-profesional-62678&previo=9850059185>
16. Rodríguez Ocaña E, Martínez Navarro F. Salud pública en España. De la edad media al siglo XXI. Granada: EASP, 2010.
17. Camprubí i García P. La profesión de biólogo en las administraciones públicas. Revista Eubacteria 2012; 28:1.
18. Fernández Ipar A. Sobre el proyecto de real decreto por el que se aprueba el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y la regulación del procedimiento de su actualización como consecuencia de la creación, modificación y supresión de categorías profesionales en el ámbito de aplicación de este tipo de personal dentro del Sistema Nacional de Salud. Revista Biólogos 2013; 32(2):3.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Hallazgo de quiste de Tarlov en paciente con migrañas

Suárez-Guzmán FJ

*Médico de Familia. Doctor por la Universidad de Extremadura
Grupo de Investigación de Humanidades Médicas de la Universidad de Extremadura*

CORRESPONDENCIA

Fco. Javier Suárez-Guzmán
E-mail: fcojsuarez@telefonica.net

Recibido el 04-12-2014; aceptado para publicación el 08-01-2015
Med fam Andal. 2015; 1: 58-59

INTRODUCCIÓN

Los quistes de Tarlov o perineurales, son lesiones quísticas congénitas normalmente asintomáticas, que se forman a expensas de la duramadre y la aracnoides, localizados fundamentalmente en las raíces sacras y coccígeas. Normalmente son asintomáticos, pero pueden comprimir las estructuras neurales provocando radiculopatías, dolor crónico lumbosacro y disfunción de los órganos pélvicos. Para su etiología, aunque sigue siendo incierta, se han elaborado varias teorías, siendo las más aceptadas la de los pequeños traumatismos de repetición o el incremento de la presión del líquido cefalorraquídeo.

CASO CLÍNICO

Varón de 22 años con antecedentes de problemas osteoarticulares en la pierna derecha. Desde hace 3 ó 4 años sufre jaquecas-migrañas, de carácter pulsátil fuerte, hemicraneal derechas o izquierdas, que aumentan con los esfuerzos, sonofobia y fotofobia. En su familia su madre y las hermanas de ésta, también las padecen. Se decide solicitar resonancia magnética de imagen (RMI) de cráneo para descartar organocidad.

Se realiza RMI de cráneo en secuencias turbo y densidad protónica, con imágenes potenciadas en T1, T2 y FLAIR, mediante cortes axiales, sagitales y coronales. En el parénquima cerebral no se aprecian áreas ni señales de resonancia anómalas. Cisternas basales y sistema ventricular de tamaño y morfología normal, sin apreciarse imágenes de improntas ni desplazamientos. Estructura de la línea media y fosa posterior, sin alteraciones. Cisuras y circunvoluciones corticales normales.

Diagnóstico: engrosamiento de la mucosa del seno maxilar derecho. Quiste de Tarlov. Estudio cerebral normal. Figura.

Se pautan triptanes y analgésicos en crisis, evitando tomar ambos en el mismo día, mejorando la sintomatología.

Este tipo de hallazgos fueron descritos por Tarlov en el 1938, de forma accidental en 30 autopsias en el Instituto Neurológico de Montreal. Sólo unos 100 casos han sido publicados en la literatura mundial con relevancia clínica. Por norma general suelen ser asintomáticos y su hallazgo es casual en tomografía axial computarizada o RMI, como en este paciente, los cuales permiten realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones espinales. Se prevalencia es entre el 1 y el 4,7% de todas las RMI, produciendo síntomas sólo el 20%.

En este paciente el hallazgo del quiste de Tarlov ha sido casual, en el curso de una RMI para descartar causa orgánica de las migrañas que padecía. Lo llamativo del caso es su localización, ya que como hemos dicho su ubicación más habitual es lumbosacra o coccígea. No se plantea ningún tipo de tratamiento ya que el tamaño del quiste y la falta de sintomatología así lo aconsejan, de acuerdo con los estudios realizados.

De esta manera, las jaquecas del paciente no se pueden relacionar con el quiste de Tarlov, a pesar de su anómala localización cerebral, las cuales probablemente sean de origen hereditario. Apoya esta afirmación el que mejoren los síntomas con triptanes y analgésicos.

La importancia de esta patología para el médico de Atención Primaria, se basa, a pesar de ser rara, en la utilidad de conocerla y tenerla en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial, evitando pruebas y tratamientos innecesarios.

Conflicto de intereses

El autor declara no haber recibido ninguna beca o soporte financiero.

El autor declara no existir ningún conflicto de intereses.

Figura



SIN BIBLIOGRAFÍA

"¡Cuidado donde te sientas!"

Padilla Del Campo C¹,
Zuñiga Toledano M^aD², Polo Mañas C³

¹Médico de Familia. CS Salud La Gangosa. Vícar (Almería)

²Enfermera (DUE). CS Vícar (Almería)

³Enfermera (DUE). CS La Mojonera (Almería)

CORRESPONDENCIA

Carmen Padilla del Campo

E-mail: carmen.padi@hotmail.com

Recibido el 19-01-2015; aceptado para publicación el 06-04-2015

Med fam Andal. 2015; 1: 60-61

Nos encontramos con una mujer de 40 años, sin antecedentes personales de interés. Alérgica a penicilinas. Sin tratamiento habitual. Que estando en su lugar de trabajo, como enfermera en su Centro de Salud (en zona costera del sur de España), al ir a sentarse en su despacho notó un pinchazo en el muslo izquierdo, pero continuó trabajando si darle importancia, pues no le dolía apenas y pensó que era un simple mosquito. Al cabo de unas horas comenzó con dolor intenso en dicha zona de inoculación, pero debido a su profesión decidió no darle importancia y seguir trabajando, se automedicó con ibuprofeno 600mg, metamizol 575mg y con inyecciones de metilprednisolona de 40mg intramuscular, sin experimentar mejoría alguna.

Exploración y pruebas complementarias: en su inicio presentó una picadura en cara posterior del muslo izquierdo, circunscrita y con signos inflamatorios. Posteriormente dicha lesión fue ulcerándose llegando a hacerse necrótica.

Hemograma y bioquímica normales, coagulación normal, orina y sedimento normales, radiografía de tórax normal, Electrocardiograma sin alteraciones.

La evolución de la herida fue a peor y llevó a la paciente a acudir a urgencias del hospital, donde el cirujano de guardia le desbridó la herida con anestésico local. Tras esto y viendo que aun así no mejoraba se derivó a consultas externas de ciru-

gía, donde en quirófano y bajo anestesia general se pudo realizar la extirpación de todo el tejido necrótico. Permaneciendo ingresada durante 5 días en el hospital con tratamiento intravenoso (ciprofloxacino 750mg y metamizol 1 ampolla) hasta su recuperación completa.

Evolución



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Juicio clínico: Lesión por picadura de araña reclusa.

Diagnóstico diferencial: picaduras de insectos en general, que provoquen dicha lesión solo la realizan las arañas y las hay de diversas clases en la zona de poniente almeriense, como la llamada araña roja del tomate, la araña tigre de la alpujarra almeriense o la araña reclusa parda. Siendo las dos últimas venenosas y que cursan con heridas severas. El nombre científico de esta araña es *Loxosceles reclusa*. La araña reclusa parda es más común en los estados del centro y sur de los Estados Unidos, especialmente en Missouri, Kansas, Arkansas, Louisiana, Oklahoma y la parte este de Texas. Sin embargo, esta araña también ha sido encontrada en varias ciudades grandes fuera de este rango. Esta araña prefiere áreas oscuras y cubiertas, como debajo de las terrazas y en las pilas de madera, por lo que comúnmente se las conoce como arañas de rincón. La picadura de esta araña puede dejar un cráter grande y una cicatriz desagradable. Es posible que se necesite una cirugía semanas después, para mejorar la apariencia de dicha cicatriz.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Intertrigo impetigenizado

Padilla Del Campo C, Andrade Juárez JA

Médicos de Familia. CS La Gangosa (Almería)

CORRESPONDENCIA

Carmen Padilla del Campo
E-mail: carmen.padi@hotmail.com

Recibido el 19-01-2015; aceptado para publicación
el 08-04-2015
Med fam Andal. 2015; 1: 62-63

INTRODUCCIÓN

Paciente de 66 años, mujer, con moderada obesidad, diabética no insulino-dependiente, con buen control. Sin otros datos de interés.

En consulta de atención primaria nos comenta que padecía de episodios repetidos de erosiones cutáneas submamarías, que se hacían más frecuentes en épocas calurosas, y que mantenía en situación variable con medidas higiénicas como lavados frecuentes, polvos de talco y antisépticos locales.

Desde hace 8 días las lesiones han empeorado, con aumento de la superficie a la zona externa del pliegue submamario, con dolor local y malestar general. Refería haber estado ya en el dermatólogo el año pasado pero como había mejorado no se le dio tratamiento alguno.

METODOLOGÍA

La exploración reveló lesiones eritematosas, exudativas, con costras melicéricas, de bordes irregulares y bien definidos. Tenía adenopatías axilares bilaterales y el resto de la exploración no reveló otros datos de interés.

El hemograma realizado estaba dentro de la normalidad, bioquímica con glucemia basal de 140 mg/dl y el resto era normal.

Se le indicó lavado con gel antiséptico tres veces al día con aclarado y cuidadoso secado de las

lesiones, aplicar pomada Mupirocina y Amoxicilina-clavulánico 500/125mg.

Y revisión a los 3 días.



RESULTADOS

La paciente mejoró espectacularmente, presentando a los 3 días de tratamiento lesiones eritematosas no exudativas, no dolorosas y levemente pruriginosas. Se le dieron los consejos adecuados a su edad, obesidad y diabetes, así como la utilización de antimicóticos tópicos de forma intermitente, para prevenir posibles intertriginosas y su posterior impetiginización.

CONCLUSIONES

El impétigo es una infección de la piel que forma primero vesículas y luego costras ama-

rillas y gruesas (melicéricas), y generalmente se debe a estreptococos del grupo A. Esta infección suele ocurrir sobre superficies de la piel que presenten laceraciones o soluciones de continuidad, o sobre piel macerada, o

sobre picaduras de insectos, o sobre lesiones de rascado.

Debemos hacer diagnóstico diferencial con tiña circinada, varicela incipiente o con el herpes simple.

ARTÍCULO ESPECIAL

Puntos clave en el síndrome del paciente recomendado

Juárez Jiménez M^aV¹, Baena Bravo AJ²,
De La Cruz Villamayor JA³

¹Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

²Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
Graduado en Podología

³Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
Graduado en Podología

CORRESPONDENCIA

María de la Villa Juárez Jiménez

E-mail: mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Recibido el 15-12-2014; aceptado para publicación
el 30-04-2015

Med fam Andal. 2015; 1: 64-68

El síndrome del recomendado se define como la aparición de sucesos o complicaciones inexplicables que afectan a las personas que, por razón de fama, posición social, amistad, parentesco o proximidad, son objeto de una atención diferenciada, especial, más personalizada o con gran esmero, respecto a la forma de atención habitual ⁽¹⁾.

Mayoritariamente los 2 subgrupos poblacionales que provocan un aumento del grado de ansiedad del equipo asistencial responsable y del riesgo de sucesos no deseables son:

-Pacientes con cierto reconocimiento social contrastado o sin ser conocidos, son objeto de un reconocimiento moral o de parentesco.

-Pacientes que son sanitarios o familiares de éstos. Plantea una dualidad el hecho que un sanitario elija a otro médico para que vele por su salud: por un lado, el médico siente un reconocimiento gratificante; además es un acto de confianza y un reto profesional. Por otro lado, con el paso del tiempo, se puede producir el fenómeno de igualamiento de la relación; es decir, una relación médico-paciente difícil, producida cuando el profesional enfermo empieza a cuestionar las decisiones del médico ⁽²⁾.

Las complicaciones incomprensibles y sucesos inesperados no se deben atribuir siempre al azar y por consiguiente, es esencial analizar la actuación ante estos usuarios para conocer los posibles errores que se puedan estar cometiendo e intentar corregirlos. Hay numerosos factores de la práctica clínica diaria que facilitan la manifestación de este síndrome, sin considerar los causados por azar. Todos provienen del cambio del ejercicio cotidiano que se da con estos pacientes (como si en ellos no fuera correcto seguir la misma actitud que con los demás). Son consecuencia de muchas y buenas intenciones que, de manera involuntaria, se acompañan de una actuación poco acertada porque los medios empleados no son los más idóneos. En general, no hay ningún factor que sea imprescindible para que se presente. Aunque es posible que se desarrolle sin que se dé ninguno de ellos; es extraño que este síndrome aparezca simplemente por azar (mala suerte) ⁽³⁾.

No es un problema de salud emergente, es un fenómeno antiguo muy frecuente en el hábito diario. Su incidencia es incierta pero muy común ⁽¹⁾.

Los signos y manifestaciones principales son característicos, pero no exhaustivos, ya que no

es preciso que aparezcan todos ellos (se pueden manifestar de diversas maneras).

Algunos de los factores que favorecen la aparición de este síndrome son:

-Actitud del propio demandante, que solicita un cuidado especial, rechazando ser incluido en la rutina normal.

-Desorden y empleo ineficiente de los recursos sanitarios. Desencadenan retrasos y olvidos en las citas para consultas y pruebas complementarias (se efectúan en condiciones inapropiadas).

-Ausencia de una documentación adecuada, con mala calidad, difícil de localizar, desorden, extravío o fragmentación de datos en la historia clínica con información demasiado escueta. Se atiende a los usuarios fuera del lugar y horario (pasillos, guardias...), con todos los problemas que implica la falta de acceso a recursos y el hecho de no dejar constancia por escrito de la información recogida.

-Cambio en la conducta, indicación e interpretación de los estudios diagnósticos, empleándose técnicas novedosas y sofisticadas, sin que esté suficientemente contrastada la evidencia de su beneficio real. Carencia de líneas generales de actuación. El médico responsable puede minimizar los posibles efectos secundarios/colaterales de una determinada prueba complementaria o tratamiento, como justamente lo contrario; encarnizarse desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico, basado en el miedo de cometer un posible error, según un protocolo clínico preestablecido ⁽⁴⁾.

-Seguimiento inadecuado de los resultados de las técnicas complementarias y tratamientos.

-Ausencia de liderazgo en el personal sanitario (eludir esa responsabilidad hace sentirse más cómodo, y más ante situaciones de incertidumbre diagnóstica o terapéutica).

-Obviar la exploración física de regiones anatómicas comprometidas (exploración genital, por ejemplo) y omisión de exploraciones y exámenes sencillos rutinarios.

-Exceso de estudios diagnósticos con los consiguientes falsos positivos. Cuando se realizan más

exploraciones de las estimadas, se mantienen los ingresos por tiempo prolongado y sobremedican (sobret ratamiento), se llama yatrogenia y mala praxis. La evolución de la enfermedad, del proceso diagnóstico o del problema a tratar suele ser más tórpida y con más complicaciones ⁽⁴⁾.

De manera global la primera causa de error en el síndrome del recomendado es el tiempo insuficiente de dedicación al paciente, y la segunda causa es el estrés o la fatiga del profesional sanitario (errores médicos): disociación entre diagnóstico al inicio y al final, defectos en precisar la sintomatología y la exploración física, incorrecta interpretación de las pruebas diagnósticas, ingresos inapropiados en el hospital por la presión ejercida por parte del paciente, su familia o del médico, negativa a seguir guías de actuación... Siempre es necesario revisar la actuación, aunque el resultado que se obtenga sea igualmente inexplicable ⁽⁵⁾.

El error médico puede producirse en cualquiera de las etapas del razonamiento clínico. La clasificación de los errores médicos son: en la sistemática del proceso asistencial, en el proceso de percepción y razonamiento clínico (diagnósticos, terapéuticos, prevención, actuaciones administrativas y presentación clínica atípica o silente) ⁽⁵⁾.

LOS PACIENTES

-Rechazan verse incluidos en la práctica ordinaria. Un "enchufado" (usuario de la sanidad pública o privada) busca principalmente: un trato diferenciado, saltarse las listas de espera acudiendo a la consulta sin cita (a demanda) y elegir a un determinado médico en la suposición que es la mejor elección ⁽¹⁾.

La atención al recomendado no debería conllevar distinción alguna respecto a otros usuarios, que pusiera en duda el derecho a la equidad e igualdad en el acceso a la salud, e incluso inevitablemente plantea un dilema ético debido a que un sujeto recomendado (profesional médico o no) espera de otro sanitario que adelante una visita o prueba complementaria. En el caso de una visita, es necesaria una valoración clínica de las personas que esperan a ser atendidas antes. Solamente cuando parezca evidente que no hay

riesgo objetivo para los usuarios (situaciones que no requieren cuidado inmediato) puede diferirse temporalmente la prestación al resto de pacientes para atender al individuo recomendado ⁽²⁾.

-Suelen mostrar una excesiva confianza en las aptitudes del médico al que se recurre y en los efectos deseables del tratamiento. Se prefiere confiar el asesoramiento a las personas de mayor prestigio y antigüedad aunque este prestigio puede no ser un reflejo de su experiencia reciente (se desconfía de los facultativos jóvenes).

-El paciente no conoce toda la información sobre su enfermedad, especialmente si el pronóstico es malo o incierto. Sin embargo, esta información se suele facilitar a la persona que recomienda al sujeto, que a su vez opina sobre la conveniencia de informarle o no.

-Las propias características del “enchufado”, con el interés y el esmero que provoca, hacen que los sucesos que en otros enfermos se asumirían como “normales” (retrasos, olvidos, extravíos, problemas de comunicación) en esta situación se vean agrandados y se consideren como más severos y trascendentales.

LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

-Se atiende a los pacientes fuera del lugar físico y del horario (pasillos, guardias, etc.), sin disponibilidad directa de los recursos del hospital o centro sanitario y sin posibilidad de dejar señalados los hallazgos: de la exploración, de los estudios complementarios o de las decisiones que se adoptan. También se traduce en una mayor presión sobre el personal sanitario, en un retraso y una peor atención del resto de usuarios citados; lo que origina quejas y un incremento del estrés. Si precisa ingreso hospitalario, se hace en una planta o en una sala de mayor comodidad pero no especializada en la patología específica ni complejidad que le atañe.

-Las citas para consultas y exámenes complementarios, se asignan de palabra y sin registro documental con lo que quedan a expensas de la memoria y de la buena voluntad de las personas que se comprometen verbalmente a llevarlas a cabo, sin tener en cuenta otros compromisos; a

menudo se retrasan y se olvidan por realizarlas en malas condiciones.

-Cambio parcial o total en los horarios y en las prácticas usuales de cuidado del enfermo, pretendiendo respetar su intimidad o evitar la sensación de enfermedad y hospitalización. Esta atención personalizada y especial puede llevar a omitir pasos importantes en la orientación diagnóstica y el tratamiento ⁽⁶⁾.

EL REGISTRO DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA

-No se elabora una historia clínica detallada. Falta información que proviene de procedimientos poco elaborados. Dificultad para encontrar la historia clínica. Raramente se dispone de informes que reseñen la evolución, la condición actual del sujeto y la actitud terapéutica. Las anotaciones de la historia clínica se fragmentan entre los diferentes profesionales que lo atienden.

-Los estudios complementarios se informan de manera urgente, oralmente y sin una inscripción adecuada. Cuando hay un registro documental no siempre se incorpora a la historia clínica, sino que queda directamente de la mano del médico, del paciente o de los familiares ⁽⁶⁾.

EL PERSONAL SANITARIO

-Falta una dirección explícita en la conducta clínica. No se identifica un director último de la actuación y de las decisiones. Es posible que exista al inicio del tratamiento, pero que desista al encontrarse tantos compañeros opinando y matizando sus opiniones. Unido a una mayor sensación de sentirse observado (“examinado”) por parte del usuario y de otros compañeros.

-Intervienen, opinan, colaboran y frecuentemente dirigen el abordaje varios médicos de manera simultánea por: solicitud del beneficiario o la familia, deseo de colaborar, motivo de relaciones familiares u obligación. Se desglosa su patología en cada una de sus vertientes y diferentes especialistas asumen el control de cada uno de estos problemas. No hay una comunicación apropiada,

falta una persona de referencia y una orientación común.

-Las líneas de actuación son variadas y a veces contradictorias porque se marcan al ritmo de la inspiración de los médicos, fuera de los protocolos de tratamiento.

-La atención se deja en manos de facultativos de mayor prestigio y antigüedad. A pesar que su experiencia clínica y su capacidad en el manejo de ciertas patologías pueda no ser la más apta. En algunos profesionales de renombre los conocimientos clínicos se centran en un área diferente de la especialidad o el prestigio se corresponde con el tiempo dedicado a trabajos sin trato directo con el enfermo, como investigación (clínica y/o básica), docencia y formación.

-Se desconfía de los profesionales jóvenes. No se tiene en cuenta que pueden atender cotidianamente y con solvencia patologías más complejas.

-Adquieren mayor validez las "consultas de pasillo" en las que otro médico, sin necesidad de comprometerse, orienta la actitud ante un caso clínico que se le plantea. Estos comentarios pueden aportar una visión sesgada, puesto quien los pronuncia desconoce al paciente y no asume responsabilidades directas en las decisiones clínicas.

-Otros médicos que deberían colaborar en el diagnóstico y/o en el tratamiento limitan su participación para evitar equivocarse y ser juzgados por otros facultativos.

-El médico con parentesco con el "enchufado", pasa a asumir inconscientemente (por su parte y por el resto del personal sanitario) el papel de médico de referencia. Aunque la patología no se encuentre dentro de su ámbito de capacitación, se le explican las actitudes y se le exige la toma de decisiones ⁽⁶⁾.

LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

-Falta información e interés sobre antecedentes personales, exploración física y datos significativos (alergias, medicación, etc.).

-Los estudios complementarios solicitados pueden no ser los más indicados. Se suelen encontrar

dos vertientes: evitar tendencias agresivas con la intención de no incomodar al enfermo (aunque puedan ser convenientes) o inclinarse a métodos diagnósticos cruentos que originan una yatrogenia excesiva.

-Las pruebas diagnósticas se repiten innecesariamente. Se estima que junto con las técnicas habituales, en estos usuarios es preferible realizar otros más modernos o que se consideran más específicos. La reiteración de exámenes facilita que se obtengan falsos positivos y en función de estos resultados, se instauren nuevos tratamientos.

-Los criterios de sensibilidad y de especificidad de los procedimientos diagnósticos se alteran. El médico tiende a sospechar con facilidad la presencia de determinadas patologías con lo que inconscientemente se aumenta la sensibilidad y, por lo tanto, el porcentaje de falsos positivos ⁽⁶⁾.

EL TRATAMIENTO

-Se emplean múltiples opciones terapéuticas, sin un algoritmo claro, con intención de cubrir todos los problemas del "enchufado" (demostrados, sospechados y predecibles).

-El empleo de técnicas novedosas y sofisticadas se interpreta como una muestra de excelencia en la atención clínica. Sin embargo, en estas técnicas se tiene menos experiencia y pueden no haber demostrado aún un beneficio clínico relevante en relación con otras más contrastadas. Cuando estos tratamientos más novedosos y sofisticados producen yatrogenia, aparece un problema añadido ya que se hace más difícil atenderlos y los médicos más solventes carecen de experiencia en estas complicaciones.

-Llega un momento en que es muy difícil conocer qué problemas son consecuencia de la enfermedad y cuáles están inducidos por los diferentes enfoques. Además, es fácil entrar en una espiral en que estas complicaciones inducen a emplear más fármacos.

-Se adopta una actitud activa ante los diferentes problemas médicos, con lo que se exagera el "sesgo de tratamiento". En caso de duda se tiende a tratar antes que "esperar la evolución": es difícil

cil retrasar u omitir tratamientos, aun en los de eficacia dudosa. Asimismo, la indicación de los tratamientos, médicos o quirúrgicos, se adapta al principio de "más es mejor" que defiende actitudes más agresivas ⁽⁷⁾.

PREVENCIÓN

En los "recomendados" se debe procurar dar la misma prestación pero con más esmero, sin contraponerse con el imperativo de aplicar el criterio de justicia en el trato con el resto de usuarios ⁽²⁾. El mejor modo de prevenir el "síndrome del recomendado" es ⁽³⁾:

-Intentar mantener unas pautas de actuación básica y general a todos los enfermos.

-Examinar periódicamente la propia conducta ante estos pacientes para detectar y corregir las desviaciones que se puedan cometer en el ejercicio diario.

-Estudiar y ejecutar una praxis clínica fundamentada en unos conocimientos clínicos sólidos.

-Tomar conciencia de esta realidad para poder ir corrigiéndola, poco a poco.

Para ello es necesario seguir unos pasos elementales en el "síndrome del recomendado" ⁽³⁾:

-Realizar desde el primer contacto con el individuo, una historia clínica que reúna antecedentes personales, anamnesis por aparatos, historia del proceso actual y exploración física. No se debe obviar una exploración por un falso pudor o respeto. Este componente tradicional del acto médico no se puede sustituir con los modernos métodos analíticos o de imagen.

-Emplear la historia clínica y anotar en ella todos los estudios complementarios y la evolución clínica.

-Mantener un orden de horarios y citas. Guardar un documento ordenado de todos ellos donde comprobar las fechas y el cumplimiento del programa.

-Identificar en todo momento a quien representa, dirige o supervisa todo el tratamiento. Los pa-

cientes más relevantes deben tener un médico responsable, que sea el punto de referencia (para él mismo, la familia y para el resto del personal sanitario) que unifique y que mantenga un criterio universal.

-Mantener los mismos criterios de prudencia con respecto a los procedimientos diagnósticos y a los tratamientos que se emplean con los demás ⁽⁴⁾.

-Evitar la repetición inútil de exámenes. Solicitar la opinión de especialistas no vinculados con el asunto para que den una valoración no condicionada de los resultados de determinadas pruebas diagnósticas.

-Cuando el entorno del paciente empuje a introducir pautas no contrastadas, es aconsejable mantener las líneas de protocolos en los tratamientos, con un respaldo suficiente tanto en la práctica habitual como bibliográfica de medicina basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. Síndrome del paciente recomendado. *An Med Interna (Madrid)*. 2002; 19: 430-3.
2. Sisó Almirall A, Farré Almacellas M. Síndrome del recomendado: entre el error y el dilema ético. *Desarrollo profesional*. JANO. 2008. N.º 1.712
3. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA*. 2001; 286: 415-20.
4. Graber M M, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: what's the goal? *Acad Med*. 2002; 77:981-92.
5. Bonet M, Mòdol Deltell JM, Tor J, Rego MJ, Tudela P, Vilaseca B. Error diagnóstico en urgencias: relación con el motivo de consulta, mecanismos y trascendencia clínica. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:366-70.
6. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodi M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Patient safety: views of practicing physicians and public on medical errors. *New Engl J Med*. 2002; 347:1933-40.
7. Hernández Rodríguez MD, Gea Fernández P, Medina Vargas L, Melgar García AC, Sánchez Pinilla M. Hipertensión arterial dentro del síndrome del recomendado. *Hipertensión*. 2002; 19: 327-8.

ARTÍCULO ESPECIAL

Los médicos especialistas, profesionales en las consultas externas del hospital

Rojas Bruno IM^a

*Técnico especialista en la rama administrativa
y comercial. Hospital Punta de Europa.
AGS Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)*

CORRESPONDENCIA

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

Recibido el 10/03/2015 aceptado para publicación
el 14-04-2015
Med fam Andal. 2015; 1: 69-75

INTRODUCCIÓN

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[1], 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.

Los pacientes asisten a las consultas externas del hospital donde son atendidos por el médico especialista que necesiten.

La derivación se realizó por distintas vías:

- Pacientes procedentes de atención primaria[2] derivados por el facultativo del centro de salud. **PAP**

- Pacientes procedentes de consultas externas, derivados por el médico especialista[3] a otro especialista distinto. **PAE**

- Pacientes procedentes de urgencias, derivados por el médico. **INTU**

- Revisiones. **REV**

Los pacientes que acuden a urgencias y son derivados a un especialista, deben ser atendidos por su médico de atención primaria mientras se genera la cita para el médico especialista en consultas externas. También pueden existir derivaciones desde otros hospitales.

En el Hospital Punta de Europa, área donde se desarrolla el estudio, existe una consulta de traumatología destinada a los pacientes procedentes de urgencias que necesitan ser revisados en un corto espacio de tiempo por fracturas. Los usuarios destinados a otros especialistas se ajustarán a la misma agenda que el resto de las derivaciones.

Las citas devueltas por correos se localizan telefónicamente, y se modifican con la información correcta facilitada por el usuario.

En las revisiones, los pacientes se dirigen a las consultas para ser citados por la auxiliar corres-

pondiente a la especialidad tratada. La cita puede comprobarse siempre que haya sido asignada en el punto de información, donde serán atendidos por el personal administrativo. Dicho personal se encarga de montar las consultas y planificar las agendas, informar a los pacientes, comunicar las citas, atender el punto de información, gestionar anulaciones y reprogramar bajo las directrices del Servicio.

Estos son algunos de los especialistas distribuidos en dos plantas de la zona de consultas externas: dermatólogo, digestivo, oftalmólogo, ginecólogo, cardiólogo, neurólogo, otorrino, medicina interna, nefrólogo, endocrino, neumólogo, urólogo, pediatra, cirujano, traumatólogo, alergólogo y bienestar fetal. Algunas de ellas constan de dos consultas para la práctica de su especialidad[4].

Cualquier reclamación, ya sea por demora en la cita u otra circunstancia relacionada con ella se realizará en el servicio de gestoría de usuarios del hospital.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realizó durante la segunda quincena de diciembre de 2013, entre los pacientes que acudieron a consultas externas del hospital Punta de Europa en el horario de atención al público, es decir de 08:00 a 15:00h.

El análisis muestreó por géneros a los usuarios[5], que personados en la zona administrativa pre-

guntaban por la consulta para su cita, igualmente se observó a los pacientes que demandaban un determinado especialista[6].

También se analizó el número de derivaciones para interconsultas procedentes de atención primaria, revisiones, atención especializada y urgencias, además de los especialistas demandados en mayor medida a través del programa Diraya y de los informes de altas de urgencias, entregados por los usuarios.

Por último se estudiaron las pruebas gestionadas diariamente para la realización de endoscopias, colonoscopias y hematología. Estas diligencias se realizaban entregando la solicitud, que se cursaba en la unidad administrativa.

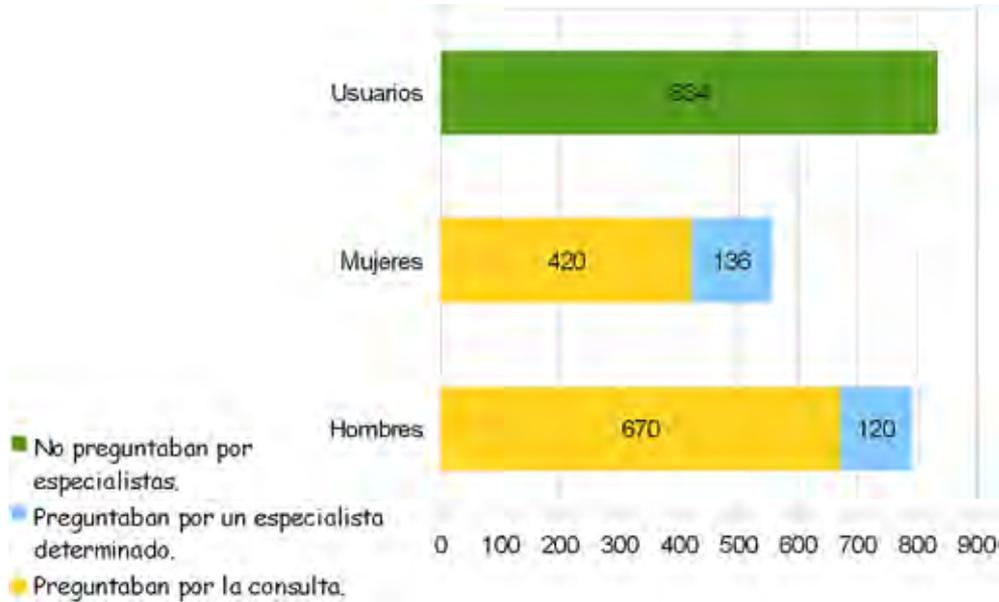
Durante los días de la investigación no varió el número de visitas de pacientes, incluso, en ocasiones se vio incrementada por aquellos que confundidos, acudían a consultas externas para realizar gestiones que se encontraban retenidas durante esos días.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos demuestran una división por géneros, en una muestra de 1090 usuarios el 100%, que preguntaron durante el periodo estudiado por la consulta a la que debían dirigirse. Algunos de ellos solicitaron un especialista concreto (Tabla1):

Tabla 1. Comparativa por géneros de aquellos usuarios que preguntaban en consultas externas. Muestra 1090 usuarios

	Preguntaban por la consulta.	Preguntaban por un especialista determinado.
Mujeres.	420, el 39%.	136, el 12%.
Hombres.	670, el 61%.	120, el 11%.
		834 usuarios, el 77% no lo consultó.



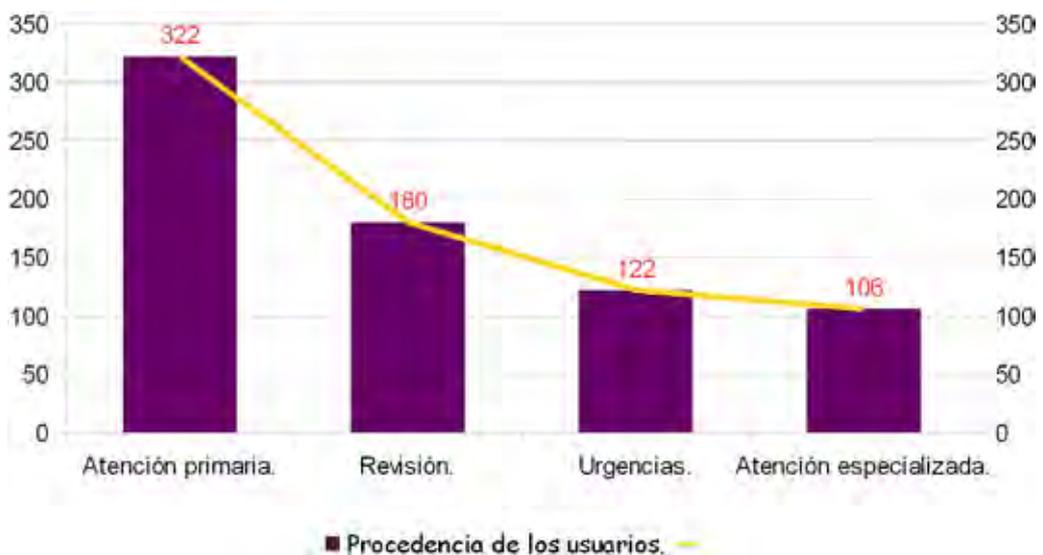
Las diferentes derivaciones, en una muestra de 730 solicitudes mostraron estos resultados (Tabla2):

- Pacientes que acudieron por primera vez procedentes de Atención Primaria, suman 322, el 44%.
- Usuarios que acudían para una revisión en la misma consulta de Atención Especializada,

fueron 180, el 25%.

- Pacientes que proceden de urgencias y son destinados a consultas externas, sumaron 122, el 17%.
- Usuarios que ya asistieron a consulta y son derivados a un especialista distinto, fueron 106, el 14%.

Tabla 2. Derivaciones de los usuarios en consultas externas. Muestra de 730 solicitudes

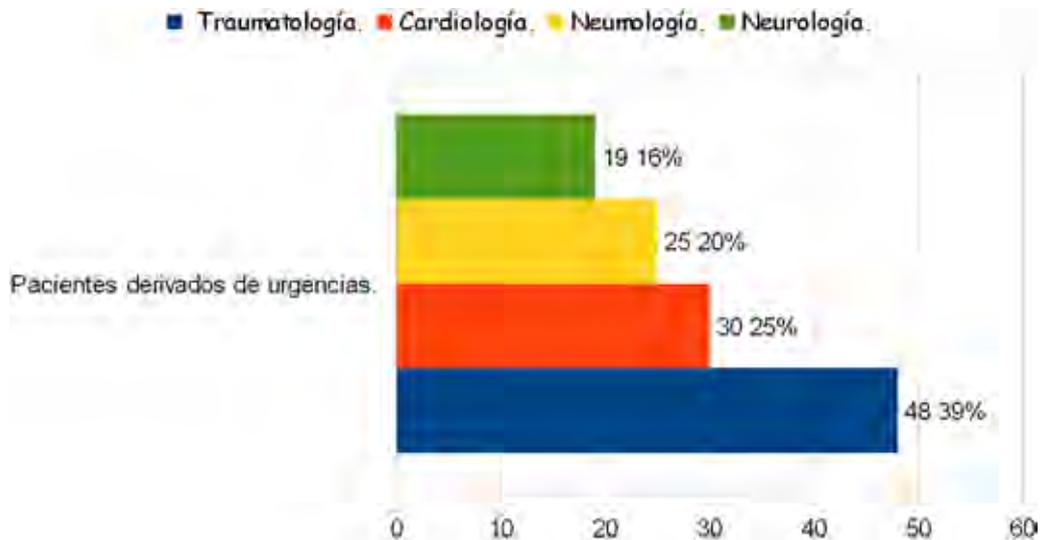


Las derivaciones de urgencias al hospital durante el tiempo estudiado afectó a 122 pacientes, que-

dando divididos en las siguientes especialidades (Tabla3):

Tabla 3. Derivaciones desde urgencias para el médico especialista. Muestra 122 usuarios

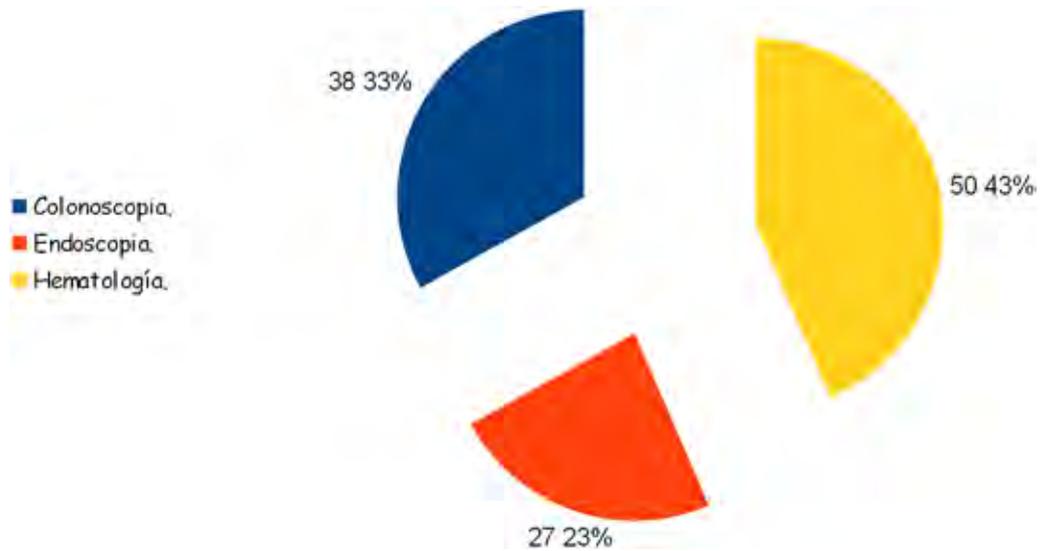
Especialidades.	Pacientes derivados de urgencias.
Traumatología.	48 pacientes, el 39%.
Cardiología.	30 usuarios, el 25%.
Neumología.	25 usuarios, el 20%.
Neurología.	19 pacientes, el 16%.



Las 115 pruebas tramitadas (Diagrama), se distribuyeron en:

Diagrama. Número de pruebas gestionadas. Muestra 115

Tipo de pruebas tramitadas.	Nº de pruebas gestionadas.
Colonoscopia.	38 gestiones, el 33%.
Endoscopia.	27 gestiones, el 23%.
Hematología.	50 gestiones, el 43%.



DISCUSIÓN

Los resultados revelan que los hombres preguntan más que las mujeres, así ante la cuestión dónde se encontraba la consulta (Figura1), y teniendo en

cuenta que en la cita aparece el número de la consulta, no quedó claro si fue una pésima información de atención al usuario, o bien supuso que el paciente no preguntaba porque conocía el lugar, o se aventuraba a encontrar por sí mismo el consultorio.

Figura 1. Panel de consultas externas del Hospital Punta de Europa



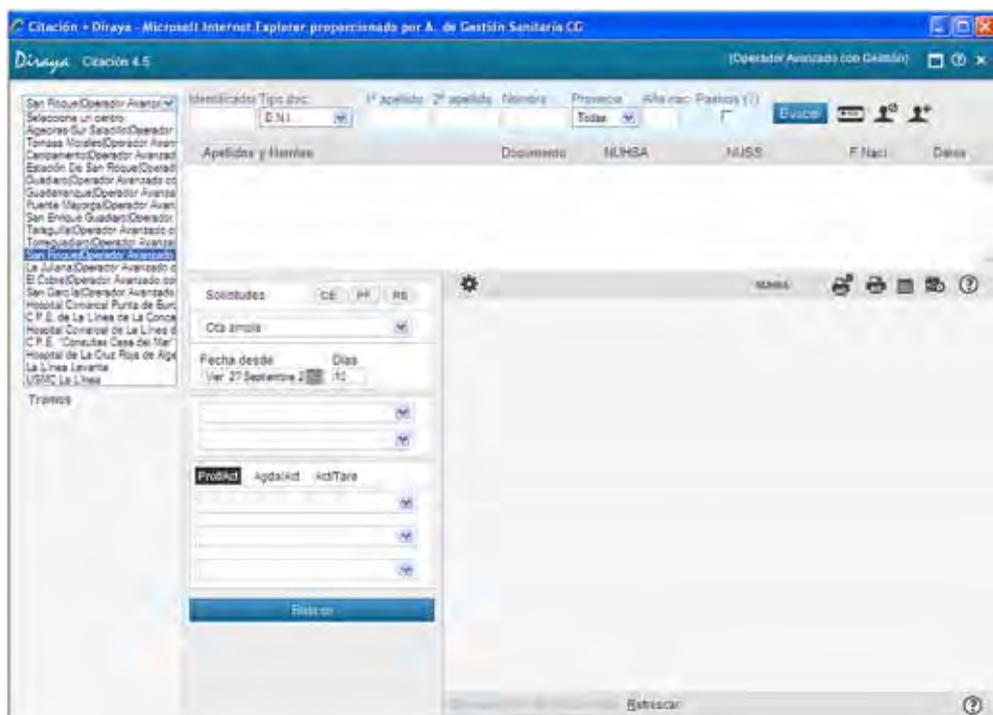
En cuanto a los ciudadanos muestreados que demandaron un especialista concreto, resultó cuantitativamente mayor el número de mujeres, mostrando ellas un considerable interés por conocer quién era el facultativo que las atendía, bien porque tenían referencia de los especialistas, y/o por indicación de un familiar o conocido. No existió una diferencia porcentual acentuada en cuanto al género en este tramo del examen.

Destaca la mayor representación de sujetos que no preguntan por un determinado especialista[7],

con un 77% de la muestra. Se pudo entender que el paciente en un alto porcentaje no mostró interés por un especialista concreto, si no que su única finalidad era que le atendiese un facultativo, sin entrar en más detalles.

La mayoría de solicitudes para los especialistas provenían de atención primaria[8]. Son las primeras citas derivadas por el facultativo[9] del centro de salud (Figura2), aunque las revisiones ocuparon un lugar destacado en los resultados.

Figura 2. Diraya: programa informático para citar a los usuarios en el Centro de Salud



Un número considerable de usuarios procedentes de urgencias fueron destinados a la consulta del traumatólogo, esto viene a significar que hay un gran número de usuarios[10] que visitan urgencias como consecuencia de fracturas. Así mismo, existen otros pacientes derivados como principales especialidades al cardiólogo, neumólogo y neurólogo.

En consultas externas se tramitan varias pruebas, siendo la de hematología aquella que desempeñó

el primer lugar del estudio, por el número de solicitudes tramitadas.

La atención especializada[11] en las consultas externas englobó aquellas altas tramitadas desde el hospital Punta de Europa, que precisaron nuevas citas para revisiones, quedando pendientes para un próximo estudio.

El paciente no mostró interés por un especialista determinado, resultando un elevado 77% de la

muestra, evidentemente su única tendencia fue asistir a la consulta del facultativo, sin tener en cuenta de quién se trataba.

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 462/1996, de 8 de octubre sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1996; 127: 14228-14232. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1996/127/boletin.127.pdf>
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se 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: 10-18. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/boletin.140.pdf>
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Boletín Oficial del Estado 1984; 26: 2524-2528. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado 2008;45: 10020-10035. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
- 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/csald/galerias/documentos/c_1_c_5_normativa/normas_autonomicas/ley_salud_andalucia.pdf
- Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Boletín Oficial del Estado 1984; 26: 2524-2528. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/1984/01/31/pdfs/A02524-02528.pdf>
- Decreto 128/97 de 6 de mayo, de libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1997; 60:6253-54. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/derechos/LibreEleccion/D128_97_MEyH.pdf
- 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>
- Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 1999; 43: 4338-39. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/derechos/LibreEleccion/D60_99_GyP.pdf
- 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>
- 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

Exéresis quirúrgica de una verruga plantar cuando el tratamiento conservador no es erradicador

Sr Director:

Se procede a la exéresis de una verruga plantar (papiloma) de 18 meses de evolución en un trabajador como monitor de gimnasio (su trabajo le hace más susceptible por el tipo de ambiente, a contraer el virus papiloma humano). Se decide su intervención tras firmar el consentimiento informado y por iniciativa del propio paciente a consecuencia de las molestias que padece de modo más acentuado en las últimas semanas. Previamente se le explica la naturaleza de su enfermedad (el buen pronóstico y la tendencia a la curación espontánea: 60-70% autoinvolucionan en 2-4 años), opciones terapéuticas, la técnica quirúrgica y complicaciones postquirúrgicas (recidiva, cicatriz dolorosa e inestética).

Se han efectuado diferentes líneas de tratamientos: crioterapia, nitrato de plata, laser pulsado, ácido salicílico y retinoides tópicos; sin obtener resultados concluyentes y persistiendo el papiloma ⁽¹⁾.

Las verrugas son lesiones epiteliales hiperqueratóticas y circunscritas, que pueden aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea y están ocasionadas por algunos de los genotipos del virus papiloma humano (VPH) que infectan las células epidérmicas a través de erosiones en la superficie cutánea o mucosa. Son virus ADN, de los cuales se conocen más de 100 genotipos, generalmente de naturaleza benigna, aunque algunos tienen potencial oncogénico. Sus características morfológicas y clínicas vienen determinadas por el serotipo del VPH, la localización y el estado inmunitario del huésped. La susceptibilidad individual al contagio es muy variable. Aparecen a cualquier edad, pero es más frecuente en niños,

jóvenes y en pacientes inmunocomprometidos. No existe preferencia de sexo, salvo en las verrugas genitales, que son más frecuentes en adultos jóvenes y mujeres. Estos virus crecen y se propagan en áreas calientes y húmedas. Se transmiten de forma directa (contacto de persona a persona) o indirecta (por fómites y ropas), siendo favorecida por microtraumatismos, manipulación, maceración de la piel, déficit inmunitario y en algunas profesiones (carniceros, pescaderos y veterinarios), sin que se haya demostrado la transmisión por animales ⁽²⁾⁽³⁾.

Suelen ser asintomáticas, aunque muy dolorosas en la localización plantar y periungueal, y poco aceptadas cuando se localizan en áreas visibles (manos y cara). Se presentan como lesiones solitarias, múltiples, a veces formando placas o mosaicos. El tamaño varía desde milímetros a 1 cm, normalmente, y a veces en grandes masas ⁽⁴⁾.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y exploración física, pudiéndose confirmar los hallazgos en la biopsia (en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta al tratamiento, pacientes con compromiso inmunitario y lesiones pigmentadas, induradas o ulceradas). Los diagnósticos diferenciales son: callosidades, liquen plano, psoriasis plantar, queratoacantoma, moluscum contagioso, fibroma, carcinoma epidermoide plantar, nevus epidérmico verrugoso, etc. ⁽²⁾⁽⁵⁾

A modo preventivo se recomiendan intervenciones breves sobre las medidas profilácticas: el virus del papiloma humano es muy sensible a los cambios de temperatura y un simple lavado con agua caliente y jabón es suficiente para eliminarlo. Se inactiva con éter o alcohol. No tocar ni manipular las lesiones. No caminar descalzo

en sitios públicos (por ejemplo, duchas y piscinas públicas). Mantener la higiene y el secado corporal adecuado. No compartir objetos personales (toallas, maquinillas de afeitarse, ropa interior, zapatos...) ⁽⁵⁾.

Existen diferentes alternativas terapéuticas para abordar una verruga plantar. En estadios iniciales, la primera opción son los tratamientos menos agresivos (ácido salicílico, glutaraldehído, ácido monocloroacético, crioterapia con nitrógeno líquido, nitrato de plata, inmunoterapia, láser pulsado, bleomicina intralesional, etc.). Si no es efectiva, cabe el procedimiento invasivo como el curetaje o la exéresis definitiva de la verruga plantar ^{(5) (6)}.

La indicación quirúrgica fundamental de la verruga plantar es la propia clínica dolorosa y/o incapacitante. También la malignización (alrededor del 1%).

El instrumental necesario para desarrollar esta técnica consta de: mango de bisturí n° 3 y hoja bisturí n° 15, mosquito, tijera de punta roma, pinza de Adson con dientes, cucharilla de Wolkman.

La intervención se lleva a cabo mediante la asepsia del campo quirúrgico. A continuación, se procede al bloqueo anestésico de la zona perilesional y se consigue hemostasia con la ayuda de un manguito hemostático en la región supramaleolar del tobillo para impedir que el sangrado pudiera interferir en la visión del campo quirúrgico. Sirve de torniquete un manguito especial, superior en 150 mmHg a la presión arterial sistólica del paciente durante 90 minutos (el manguito normal se puede utilizar a máxima presión 300 mmHg).

Señalar con rotulador estéril la lesión y las líneas de corte, siguiendo las líneas de escisión o de Langer en lo posible, ya que nos garantiza un cierre perfecto. Dibujarla en forma semielíptica, con una relación 1/3, 1 de ancho y 3 de largo. Se marca siempre con la piel estirada. Primero se incide con la punta del bisturí y luego se desliza el resto de la hoja cortando y evitando movimientos en forma de sierra.

El procedimiento se inicia con la retirada de una cuña o porción que cubra con ciertos márgenes la lesión en todo su perímetro. Seguidamente, se

separa la epidermis de la dermis. Para ello se hace uso de unas tijeras de punta roma y el bisturí (el papiloma se considera extirpado cuando se interrumpe la circulación que recibe de la dermis). Hay que asegurar que las adherencias de tejidos epidérmicos estén plenamente retiradas, utilizando la cucharilla de Wolkman y un mosquito o pinza de Adson para traccionar; dificultando de este modo las recidivas.

Se puede efectuar una sutura simple o una sutura continua. Si es una herida más profunda, se ponen puntos subcutáneos con hilo reabsorbible 3/0 tipo ácido poliglicólico. Al realizar la sutura, procurar tener especial cuidado para que los bordes queden perfectamente coaptados, combatiendo así secuelas propias de la zona plantar. Finalmente, se envía la pieza a valorar por el servicio de anatomía patológica.

Las recomendaciones claves postquirúrgicas para prevenir complicaciones son: no apoyar al menos en 3 semanas y se aconseja el uso de

Figura. Lesión hiperqueratósica ovalada de 2 cm x 1 cm de diámetro en la zona de la primera cabeza metatarsal, en su cara medial-plantar del pie derecho



zapato postquirúrgico. Durante este periodo se debe acompañar la zona intervenida de una descarga con fieltros o de una plantilla con descarga selectiva temporal (fabricada por un podólogo).

La cicatriz hipertrófica o queloide y el riesgo de recidivas, son resultados indeseados factibles.

Este tipo de intervenciones en la región plantar, siempre tienen que plantearse meticulosamente en riesgo-beneficio porque pueden aparecer inconvenientes que frustren los objetivos esperados. Lo cual, hace que cobre mayor relevancia la información transmitida al paciente de estos factores antes del tratamiento invasivo y una vez agotados todos los demás medios no invasivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Torbeck R, Pan M, DeMoll E, Levitt J. Cantharidin: a comprehensive review of the clinical literature. *Dermatol Online J*. 2014; 20 (6).
2. Bacelieri R, Johnson SM. Cutaneous warts: an evidence-based approach to therapy. *Am Fam Physician*. 2005; 72: 647-52.
3. Cardoso JC, Calonje E. Cutaneous manifestations of human papillomaviruses: a review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2011; 20(3):145-54.
4. Stulberg DL, Hutchinson AG. Molluscum contagiosum and warts. *Am Fam Physician*. 2003; 67(6): 1233-40.
5. Lipke MM. An armamentarium of wart treatments. *Clin Med Res*. 2006; 4(4): 273-93.
6. Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaijer K, Assendelft WJJ, de Waal MWM, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2010; 182(15): 1624-30.

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

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

²Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real). Graduado en Podología

³Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Graduado en Podología.

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Aprendiendo más sobre el tratamiento del neuroma de Morton en atención primaria

Sr. Director:

Acude a consulta de atención primaria una mujer joven que trabaja como dependienta de unos grandes almacenes y refiere dolor en el tercer espacio metatarsal irradiado hacia los dedos, con sensación de quemazón y se agrava al iniciar la marcha o al utilizar un calzado estrecho en la región del antepié. El dolor manifiesta una evolución de varios meses, con un incremento de las molestias con el paso del tiempo, dificultando su actividad laboral. La presencia de un pie cavo anterior, en nuestra paciente, podría ser una causa más en el desencadenamiento de la sintomatología.

Tras analizar la anamnesis, el examen físico y las pruebas complementarias pertinentes, se diagnostica un atrapamiento neuropático en el tercer espacio metatarsal o neuroma de Morton. Valorado el caso, se le informa del procedimiento terapéutico que consiste en una intervención quirúrgica para eliminar el tejido neural engrosado (responsable de la clínica característica).

El neuroma de Morton, también denominado neuroma interdigital o atrapamiento neuropático, está catalogado como una de las neuropatías periféricas más comunes que afectan al pie ⁽¹⁾⁽²⁾.

Anatómicamente, el nervio tibial posterior emite dos ramas: nervio plantar externo que inerva los dedos 5º y 4º, nervio plantar interno o medial que inerva el 1er, 2º y 3er dedos además de la cara medial del 4º.

En el tercer espacio intermetatarsal, el nervio plantar interno, recibe una rama colateral del nervio plantar externo, produciendo una anastomosis

que puede provocar un conflicto de espacio o situación constrictora en este área ⁽²⁾.

Actualmente se conoce que la base de las falanges comprimen el nervio (y no la cabeza de los metatarsianos, como estaba descrito anteriormente). Esa fricción sostenida entre las estructuras óseas da lugar a una fibrosis perineural del nervio digital común del tercer espacio.

Figura. Visión craneal de la pieza quirúrgica (neuroma de Morton en pie derecho). En la parte superior se observan las dos porciones proximales del nervio digital. Anastomosis de la rama lateral del nervio plantar interno (parte inferior izquierda), con la rama medial del nervio plantar externo (parte inferior derecha)



La incidencia suele ser en pacientes mayores de 30 años, con superioridad en el sexo femenino.

La etiología no está claramente definida, aunque parece estar favorecida por el exceso de peso, patologías podológicas (pie cavo anterior, insuficiencia del primer radio para la marcha con traslado de cargas laterales, índice minus, etc.), calzado inadecuado que conlleve un exceso de carga en antepié, traumatismos circunscritos y las variantes anatómicas en el recorrido del nervio plantar a su paso por los espacios intermetatarsales e interdigitales. La formación del neurofibroma es el resultado de un factor compresivo de repetición o de un único factor traumático que altere las propiedades viscoelásticas del nervio.

Se determina un diagnóstico de sospecha mediante la siguiente clínica: dolor agudo, insoportable e incluso persistente en el tercer espacio intercapitometatarsal, irradiado hacia los dedos; entumecimiento y quemazón. El dolor aumenta con la bipedestación y/o con la marcha y se agrava por un calzado estrecho que comprima o sobrecargue el antepié⁽³⁾.

Las maniobras de orientación clínica⁽⁴⁾ son:

- Signo de Tinel: percusión con martillo Taylor en el canal del tarso, siendo positivo si reproduce los síntomas del neuroma.

- Test de compresión directa: presión directa del 3er espacio intermetatarsal, comprimiendo tanto a nivel plantar como dorsal con los dedos pulgar e índice, colocando las manos en forma de "C" a la altura de la articulación metatarso-falángica. Será positivo si manifiesta dolor y parestesia.

Las pruebas complementarias son las que confirman el diagnóstico e identifican la localización del neuroma con exhaustiva precisión. Se solicita una radiografía, ecografía o resonancia magnética (prueba gold standard) y siempre será más útil la visualización en el plano frontal de la imagen⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

El diagnóstico diferencial se plantea con: bursitis, artritis reumatoide, osteocondritis, dolor isquémico, neuropatía metabólica periférica, síndrome del túnel del tarso y metatarsiano, fracturas por estrés, tumores óseos, síndrome del canal del

tarso, enfermedad de Freiberg, tenosinovitis de los flexores.

Se inicia el tratamiento conservador con la educación sanitaria y podológica, haciendo uso de un calzado adecuado que evite sobrecargas y compromisos de espacio. Se pueden usar plantillas a medida que traten una posible causa biomecánica en el pie y con una descarga selectiva de la zona. Se combina con una terapia antiinflamatoria según precise e infiltraciones de corticoide con anestésico en crisis agudas de dolor.

La alternativa quirúrgica se muestra más eficaz en la mayoría de las ocasiones, una vez instaurada la enfermedad con recurrentes episodios sintomáticos, y agotada la vía conservadora.

Una consideración quirúrgica importante a tener en cuenta, radica en la ventaja de un abordaje plantar del neuroma, pero aumenta el riesgo de complicaciones en la cicatriz, por lo que suele hacerse dorsalmente. Para acceder al neuroma hay que cortar el ligamento transversal intermetatarsal.

Explicadas las diferentes alternativas terapéuticas, el procedimiento completo y riesgos-beneficios para solucionar de modo invasivo la patología, se procede a firmar el consentimiento informado.

El instrumental necesario para desarrollar esta intervención consta de: dos mangos de bisturí nº3, hoja bisturí nº 10 y otra de nº 15, dos separadores tipo Senn-Miller romo, mosquito, pinza de Adson con dientes, elevador tipo Seldin, tijera de punta roma, porta agujas y bisturí eléctrico.

El proceso se lleva a cabo mediante la asepsia del campo quirúrgico. Se anestesia la región del tercer espacio intermetatarsal por vía dorsal o lo más recomendable, el bloqueo anestésico de tobillo. Se consigue la hemostasia con un manguito específico en el área supramaleolar; sirve de torniquete un manguito especial, superior en 150 mmHg a la presión arterial sistólica del paciente durante 90 minutos (el manguito normal se utiliza a máxima presión 300 mmHg).

La técnica consiste en realizar una incisión en forma de "S" itálica hasta la fascia superficial, guardando al menos una tercera porción distal

metatarsal con respecto al espacio interdigital. Se debe intentar no invadir el espacio interdigital, ya que la herida quirúrgica, podría producir problemas de maceración o de otro tipo, a posteriori. El corte es profundizado y retraído hasta la fascia profunda, se localizan los vasos sanguíneos adyacentes y se claman, cauterizándose con bisturí eléctrico si precisara ⁽²⁾.

Se separa el 3er y 4º dedo y se presiona hacia arriba con el dedo índice, justo por delante de las cabezas metatarsales, quedando expuesta y fácil de identificar una masa endurecida, brillante y grisácea, siendo el origen de toda la problemática. Se disecciona cuidadosamente esta estructura fibrosada.

Este nervio digital transcurre por debajo del ligamento transversal metatarsal, por ello se coloca un mosquito bajo el ligamento y se abre facilitando el corte del mismo ⁽²⁾.

La masa reseccionada (figura 1) se compone habitualmente de una fracción central rígida, una porción proximal de nervio digital endurecido y dos ramas nerviosas digitales ⁽²⁾.

La herida es suturada plano a plano, para impedir la aparición de espacios muertos, finalizando con una sutura continua en la piel con material no reabsorbible sintético tipo Nylon 5/0. El tramo de sutura a nivel interdigital se cierra con puntos sueltos (evitando secuelas ante una posible maceración). El ligamento transversal no se sutura debido a que acaba formando puentes de unión por sí mismo e incluso puede presentar inconvenientes sobreañadidos su sutura.

El postoperatorio, requiere del uso de un zapato ortopédico con descarga de antepié durante un periodo de 2-3 semanas. El protocolo de curas por el servicio de enfermería se basa en valorar la herida a las 48 horas y curar con antiséptico local, tipo povidona yodada. Se realizarán las curas cada dos o tres días hasta retirar la sutura en 7-10 días. Durante este tiempo, mantener ven-

daje semicompresivo del pie. Es recomendable deambular cada hora unos 5 ó 10 minutos.

Las complicaciones posibles engloban: hematomas, hemorragias, parestesias, recidiva (muy rara vez).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kasperek M, Schneider W. Surgical treatment of Morton's neuroma: clinical results after open excision. *Int Orthop*. 2013; 37(9): 1857-61.
2. Faraj AA, Hosur A. The outcome after using two different approaches for excision of Morton's neuroma. *Chin Med J (Engl)*. 2010; 123(16): 2195-8.
3. Pace A, Scammell B, Dhar S. The outcome of Morton's neurectomy in the treatment of metatarsalgia. *Int Orthop*. 2010; 34(4): 511-5.
4. Nawabi DH, Sinisi M. Schwannoma of the posterior tibial nerve: the problem of delay in diagnosis. *J Bone Joint Surg Br*. 2007; 89(6): 814-6.
5. Clinical Practice Guideline Forefoot Disorders Panel, Thomas JL, Blich EL, Chaney DM, Dinucci KA, Eickmeier K, et al. Diagnosis and treatment of forefoot disorders. Section 3. Morton's intermetatarsal neuroma. *J Foot Ankle Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg*. 2009; 48(2): 251-6.
6. Claassen L, Bock K, Ettinger M, Waizy H, Stukenborg-Colsman C, Plaass C. Role of MRI in Detection of Morton's Neuroma. *Foot Ankle Int Am Orthop Foot Ankle Soc Swiss Foot Ankle Soc*. 23 de junio de 2014.

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

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

²Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real).
Graduado en Podología

³Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Graduado en Podología.

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

La obesidad como epidemia y problema de salud en atención primaria

Sr. Director:

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial cuyo marcador biológico es el aumento del compartimento graso. Se desarrolla con el tiempo y una vez instaurada es compleja y difícil de tratar. La etiología incluye factores genéticos y medioambientales. La causa más común es el exceso de aporte energético en relación al consumo. En las últimas décadas existe un mayor consumo de alimentos hipercalóricos (con alto contenido de grasas y azúcares) y una menor actividad física, tanto laboral como social o del tiempo de ocio. Afecta al 15,5% de la población adulta española (25-60 años), siendo más frecuente en mujeres (17,5%) que en varones (13,2%), en personas de edad avanzada y en grupos sociales de menor nivel económico y educativo. En la población infantil y juvenil (2-24 años) la prevalencia de la obesidad es del 13,9%, y el sobrepeso, del 26,3%. La obesidad mórbida ha aumentado un 200%⁽¹⁾. El sobrepeso está presente en el 39,2% de los españoles con edades comprendidas entre los 25-60 años de edad. La obesidad puede asociarse a complicaciones potencialmente graves y precisa un enfoque multidisciplinar por su gran repercusión clínica, impacto sobre la salud pública y elevado coste sanitario. La obesidad secundaria a otros procesos (síndromes genéticos, alteraciones endocrinas o inducidos por tratamientos farmacológicos) es rara y no es preciso incluir pruebas rutinarias en el estudio básico para descartarla.

El método más utilizado en el adulto para definir y clasificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC): peso (kg)/ talla (m²), aporta información sobre la cantidad de grasa total en

adultos. Sin embargo, esta relación no es tan exacta en niños, adolescentes o ancianos, ni en poblaciones de raza no blanca; está sobreestimada en individuos musculosos e infravalorada en personas con baja masa magra. Se acepta como punto de corte para la obesidad un valor de IMC ≥ 30 Kg/m² y para el sobrepeso un valor de IMC ≥ 25 kg/m².

Además del exceso de grasa corporal, su distribución constituye un predictor independiente de riesgo y morbilidad. La localización central o abdominal se relaciona con más riesgo y su medida más práctica y fiable es perímetro abdominal (PA), que está validado en la actualidad. Los límites superiores que se aceptan como normales son: 102 cm para el varón y 88 cm para la mujer⁽²⁾.

El acúmulo de grasa central se relaciona fisiopatológicamente con el incremento en la incidencia de enfermedades y/o complicaciones crónicas⁽³⁾:

- **Cardiovasculares:** hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral o arterial periférica. Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.
- **Endocrinometabólicas:** diabetes mellitus, resistencia a la insulina y síndrome metabólico, dislipemia, gota.
- **Digestivas:** litiasis biliar, esteatosis hepática, reflujo gastroesofágico, pancreatitis.
- **Respiratorias:** apnea del sueño, aumento incidencia de asma.

- *Hormonales*: estado proinflamatorio y protrombótico por las alteraciones que induce en la producción de citocinas, la coagulación y la fibrinólisis.
- *Reumáticas*: osteoartrosis (coxofemoral, femorotibial, tobillo y columna).
- *Cáncer*: esófago, colon, recto, vesícula biliar, próstata, útero, ovarios, páncreas, endometrio, riñón, mama, leucemia.
- *Ginecológicas*: metrorragia, amenorrea, infertilidad.
- *Trastornos de salud mental*: depresión, demencia.
- *Afecciones cutáneas*: linfedema, celulitis.
- *Otras alteraciones*: sedentarismo, tabaquismo, incontinencia de estrés.

El abordaje integral de la obesidad y el sobrepeso se fundamenta en una perspectiva multidisciplinaria, considerando individualmente las estrategias de tratamiento más adecuadas para el paciente que garantice una pérdida a largo plazo y de forma progresiva, teniendo en cuenta todos los factores implicados: grado de sobrepeso, tipo de alimentación, nivel de actividad física, motivación para cumplir el tratamiento, etc. La terapéutica se basa en las modificaciones dietéticas, la práctica de ejercicio físico y el apoyo psicológico con terapia conductual (imprescindible para el mantenimiento de los cambios a largo plazo, por el carácter crónico y multifactorial de la enfermedad). En algunos casos puede utilizarse tratamiento farmacológico ⁽⁴⁾. El objetivo es alcanzar un peso corporal, lo más próximo al normal, para disminuir el riesgo asociado al exceso de peso, atendiendo a las características de cada paciente ⁽⁵⁾. Es aceptable conseguir pequeñas pérdidas (5-10% del peso inicial) pero mantenidas en el tiempo.

Las recomendaciones en el tratamiento de la obesidad poseen dos puntos clave en la información transmitida al paciente:

- Una pérdida del 5-10 % del peso actual aporta grandes beneficios al organismo, además de mejorar notablemente el aspecto físico.

- Una pérdida excesivamente rápida no es saludable ni realista.

La promoción y educación sanitaria para combatir la obesidad contribuye a fomentar el autocuidado y a prevenir las enfermedades desencadenadas por el sobrepeso y la obesidad. Se debe insistir en que muchas patologías mejoran con una medida higiénico-dietética básica como el control del peso, evitando así intervencionismos innecesarios. En la mayoría de las complicaciones de la obesidad, sobre todo en Atención Primaria, se intervienen explicando al paciente lo que le ocurre, mostrando la posibilidad de éxito con la modificación de hábitos, devolviendo la responsabilidad en su padecimiento, haciéndolo conocedor y participe en sus actitudes para la resolución espontánea, las probabilidades de salir de un problema por sí solo y ofreciendo apoyo sanitario si así no sucede; para esto se necesita tiempo en la consulta. Cabe resaltar la importancia de la comunicación con estos pacientes y el seguimiento en el tiempo mediante consultas programadas.

Una causa habitual del fracaso de los programas de obesidad en los centros de salud radica en la llamada trampa del experto: el profesional sanitario dirige todo el proceso, cuando lo más efectivo es centrar el programa en su protagonista: el paciente obeso, quien decidirá autónomamente el grado y ritmo de su implicación en el tratamiento. El profesional consensuará con él cambios cooperativos para conseguir una moderada, realista y sostenida pérdida de peso y fortalecerá su autoestima para evitar el incumplimiento terapéutico, con ayuda de algún tratamiento conductual que fortalezca un pensamiento adaptativo de autoeficacia ⁽⁶⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basterra-Gortari FJ, Beunza JJ, Bes-Rastrollo M, Toledo E, García-López M, Martínez-González MA. Tendencia creciente de la prevalencia de obesidad mórbida en España: de 1,8 a 6,1 por mil en 14 años. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64 (5):424-6.
2. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894: I-XII, 1-253.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. SIGN; 2010.

4. Laddu D, Dow C, Hingle M, Thomson C, Going S. A review of evidence-based strategies to treat obesity in adults. *Nutr Clin Pract.* 2011; 26 (5):512-25.
5. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Consenso FESNAD-SEEDO. *Revista Española de Obesidad.* 2011; 9 (Supl 1). URL: http://www.fesnad.org/pdf/Consenso_FESNAD_SEEDO_2011.pdf
6. Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults. Canberra: National Health and Medical Research Council (NHMRC); 2007.

Juárez Jiménez M^aV¹, Baena Bravo AJ²

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

²Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Arritmia asintomática en paciente hipertenso y diabético

Zafra Ramírez N¹, Simão Aiex L¹, Martínez Fernández JL², Pérez Milena A³

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Jaén

³Doctor en Medicina y Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Acude a consulta un varón de 62 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial desde el año 2009, con buen control hasta el momento. Se le había aconsejado que controlara las cifras de presión arterial en domicilio mediante un esfigmomanómetro digital. Esa mañana refiere unos valores de tensión arterial de 115/75 mmHg y una frecuencia cardíaca de 45 latidos por minuto (en reposo), motivo por el que consulta preocupado aunque se encuentra completamente asintomático (sin dolor torácico, disnea ni cortejo vegetativo).

Es fumador desde los 18 años de edad, actualmente consume diez cigarrillos diarios pero no presenta síntomas de dependencia a la nicotina (test de Fagerstrom con valor 1). No tiene antecedentes personales ni familiares de cardiopatía y la TA se encuentra bien controlada mediante AMPA. En tratamiento actual con enalapril 20 mg/24 horas, amlodipino 5 mg/24 horas, metformina 1 gr/12 horas y vildagliptina 50 mg/12 horas. Hace diez meses estuvo en seguimiento por un trastorno de ansiedad generalizado secundario a problemas laborales y económicos, que precisó tratamiento con lormetazepam 1mg/24 horas y citalopram 20 mg/24 horas, que dejó de tomar hace dos meses. La exploración física es normal salvo la auscultación cardíaca, que ofrece unos tonos arrítmicos sin soplos con una frecuencia cardíaca que oscila entre 50-55 latidos por minutos; no hay presencia de signos de insuficiencia cardíaca.

Se realiza un ECG (figura) de forma urgente en el mismo centro de salud, presentando una frecuencia a 58 latidos por minuto con la presencia de una alternancia latidos prematuros supraventriculares con latidos normales, de morfología muy similar entre ellos y con pausa compensadora, repitiéndose de forma cíclica varios casos consecutivos del patrón descrito; el eje es normal y no existen alteraciones específicas de la repolarización ni criterios de hipertrofia.

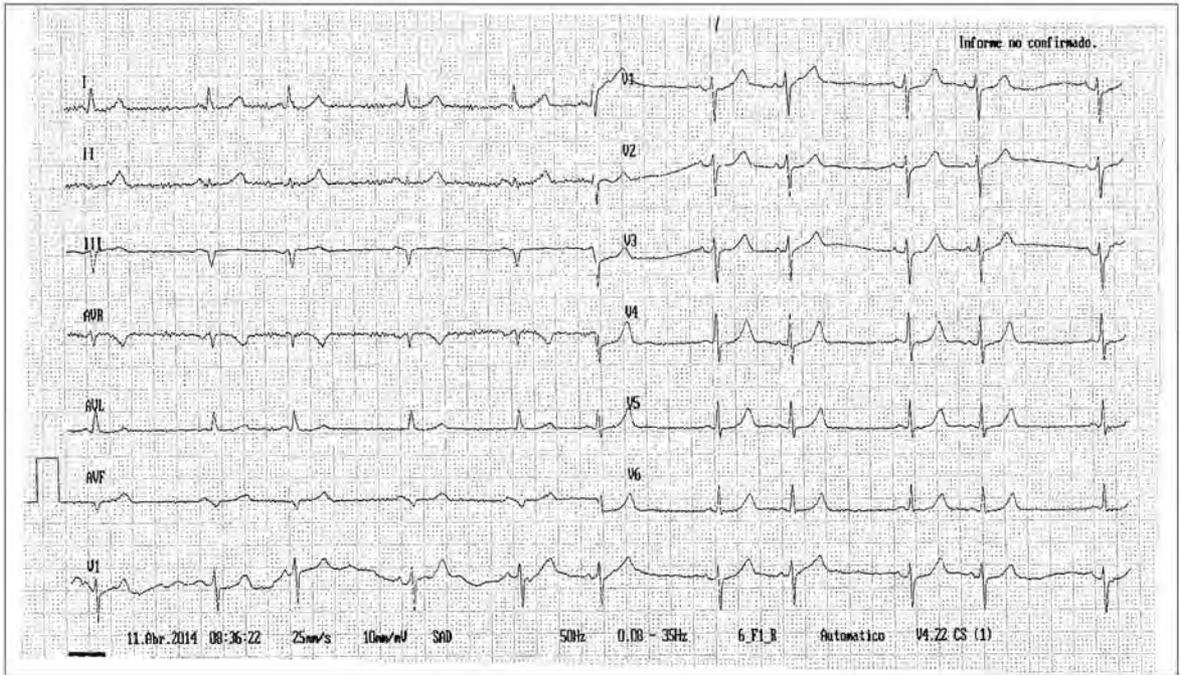
¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A. Extrasístole ventricular con pausa compensadora.
- B. Bloqueo de rama derecha incompleto.
- C. Bigeminismo supraventricular.
- D. Extrasistolia auricular.
- E. Es una alteración fisiológica sin importancia clínica.

¿Qué pruebas complementarias le realizaría?

- A. Analítica con perfil tiroideo.
- B. Radiografía de tórax.
- C. Prueba de esfuerzo.
- D. Ecocardiografía.
- E. No precisa más pruebas complementarias.

Figura 1. Primer electrocardiograma realizado en consulta de Atención Primaria



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Tumoración en tórax tipificada tras exéresis en cirugía menor ambulatoria

Juárez Jiménez M^aV¹, Baena Bravo AJ²

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

²Enfermero de Área de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Varón de 66 años de edad. Ha trabajado de albañil en la construcción. Es exfumador desde hace 8 meses, tras acudir a terapia de deshabituación grupal. Presenta como antecedente personal de interés hipertensión arterial esencial de 14 años de evolución en tratamiento con antihipertensivos (IECA + diurético tiazídico + calcioantagonista), con buen control de cifras de tensión arterial y sin repercusión en órganos diana. Acude a consulta de atención primaria por tos productiva con expectoración y sensación disneica de una semana de evolución, afebril y no mejora con Paracetamol 1g y Acetilcisteína 600 mg. En la exploración física se ausculta crepitantes aislados en base pulmonar derecha y una tumoración en región posterior derecha del tórax (Figura). El paciente no es consciente de la presencia de esa tumoración y refiere que ha sido diagnosticado hace años de un quiste sebáceo en la espalda. Se prescribe antibiótico (Amoxicilina 875mg / Acido clavulánico 125 mg) y se le asigna una cita programada en cirugía menor de nuestro centro de salud para exéresis de la tumoración en espalda. El informe anatomopatológico objetiva: células pequeñas ovoideas, hiper Cromáticas, densamente agrupadas y marcador inmunohistoquímico CD20 negativo.

¿Cuál es el diagnóstico de este paciente?

1. Quiste epidermoide (sebáceo) infectado
2. Hemangioma
3. Metástasis cutánea
4. Carcinoma basocelular noduloquistico
5. Carcinoma células Merkel

Figura. Tumor subcutáneo hemisférico de coloración rojiza en región posterior de tórax (derecha) de 1,5 cm de diámetro



Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 15, Núm. 2)
(Med fam Andal 2014; 15: 253-255)

Respuestas razonadas

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)

a) Respuesta incorrecta-Neoplasia Endocrina Múltiple MEN1: Se trata de un raro síndrome hereditario definido por una predisposición a la aparición de neoplasias endocrinas en diferentes localizaciones, entre las cuales destacan: hipófisis, tiroides, paratiroides y tracto gastrointestinal ⁽¹⁾. En los casos en que se desarrolla un adenoma hipofisario secretor de GH el paciente puede desarrollar una acromegalia con todas sus manifestaciones clínicas ⁽²⁾. En el caso expuesto sí se constata la presencia de tumor en hipófisis pero no en otras localizaciones, lo que descartaría el diagnóstico de síndrome MEN-1...

b) Respuesta correcta: Adenoma hipofisario productor de GH Los tumores hipofisarios comprenden el 15% de los tumores craneales. Los tumores benignos adenohipofisarios se agrupan según la producción hormonal en secretores (de GH, Prolactina, Tirotropina, FSH, LH y ACTH) y no secretores; y según su tamaño en micro y macroadenomas, siendo 1cm el límite diferencial.

Esta secreción anómala de GH puede provocar dos cuadros clínicos diferentes en función de la edad de presentación, gigantismo mientras persistan los cartílagos de crecimiento, y acromegalia en los adultos ⁽²⁾.

La acromegalia tiene una presentación insidiosa, con cambios lentos y progresivos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son crecimiento de partes acras, oligomenorrea, disminución de la libido, hiperhidrosis, cefalea, hipertensión, parestesias, trastornos visuales, artralgias y artropatía ⁽³⁾⁽⁴⁾...

El diagnóstico se basa en la sintomatología descrita, datos analíticos, pruebas de imagen y confirmación anatomopatológica ⁽⁵⁾.

En relación a la analítica es de gran importancia la determinación de IGF-1, basal y tras sobrecarga oral de glucosa. En sujetos normales, la sobrecarga de glucosa provoca una disminución de los niveles de GH en sangre a menos de 1 ng/ml; en los casos de acromegalia no existe esta supresión o incluso puede darse una respuesta paradójica con elevación de la misma, como sucedió en este caso. Un nivel de GH basal elevado no tiene valor de forma aislada, sólo tras la prueba de sobrecarga, debido a que múltiples factores pueden influenciarlo ⁽⁶⁾.

La acromegalia es una situación clínica causada por un tumor secretor de GH e IGF-1 en la mayoría de los casos ubicado en la hipófisis. Su prevalencia es de 40-60 pacientes por millón de habitantes ⁽⁷⁾, por lo que cumple el criterio de la Unión Europea para ser considerada Enfermedad Rara ⁽⁸⁾. La incidencia es de 3 a 4 casos por millón de habitantes.

El diagnóstico temprano de la acromegalia en la consulta de Atención Primaria es crucial, ya que se trata de una patología que compromete la vida del paciente y en la que el abordaje precoz implica una menor morbilidad y un mejor pronóstico.

c) Respuesta incorrecta: Ganglioneuroma hipotalámico: también conocido como gangliocitoma central, es un tumor del sistema nervioso central de celularidad bien diferenciada, y cuyas manifesta-

ciones clínicas dependen fundamentalmente de la localización. Se han descrito ganglioneuromas productores de PRL y, más excepcionalmente, de GHRh⁽⁹⁾. En este último caso puede dar lugar al cuadro clínico de Acromegalia. Aunque las características clínicas pueden asimilarse, la anatomía patológica del tumor es definitiva.

d) Respuesta incorrecta: Carcinoma Pituitario. Al contrario de lo que sucede con los adenomas, los carcinomas pituitarios son de rara presentación. Se desconoce por el momento si los carcinomas aparecen de novo o son consecuencia de la malignización de un adenoma. La clínica viene determinada por el efecto masa (cefaleas y alteraciones visuales) y por las diferentes alteraciones del equilibrio hormonal (galactorrea, cushing y disfunciones menstruales)⁽¹⁰⁾. La diferencia del Carcinoma Pituitario con tumor que presentamos se encuentra en los rasgos anatomopatológicos y en el perfil hormonal de la paciente.

e) Respuesta incorrecta: Metástasis Pituitaria: En la hipófisis pueden encontrarse metástasis cuyo tumor primario se sitúa en distintas zonas del organismo, pudiéndose originar alteraciones visuales por compresión del quiasma y cefaleas, en algunos casos, también, aumento de prolactina⁽¹¹⁾. La bibliografía reporta algún caso excepcional de metástasis en la hipófisis que producen hormona de crecimiento, causante de acromegalia en estos pacientes, junto con producción de Serotonina y Bombesina⁽¹²⁾. En nuestro caso se des-

carta este diagnóstico por ausencia contrastada de otro tumor primario y por las características anatomopatológicas del mismo.

BIBLIOGRAFIA

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.

Figura 1. Rasgos faciales de la paciente. Imagen reproducida con consentimiento informado



Figura 2. TAC craneal con contraste



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.orphanet/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 Crouse 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.

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
 (del Vol. 15, Núm. 2)
 (Med fam Andal 2014; 15: 256)

Respuestas razonadas

Mareo en mujer de 80 años

Rodríguez Martínez 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 de Cala (Huelva)

a) Incorrecta: el VPPB se caracteriza por una sensación de movimiento rotatorio acompañado de síntomas vegetativos, desencadenado de forma brusca con los cambios de postura. Es el tipo de vértigo periférico más frecuente y actualmente, se considera que la canalitiasis es la teoría fisiopatológica que mejor explica cómo determinados movimientos de la cabeza son capaces de desencadenar episodios vertiginosos¹. En este caso la exploración neurológica es normal a excepción de la presencia de Nistagmo, compatible con la afectación de un conducto semicircular tras una maniobra específica de provocación¹.

Nuestra paciente presenta una sensación de inestabilidad secundaria a una falta en la coordinación de la marcha y no una sensación de giro de objetos que se desencadena con determinadas posturas. Además en la exploración neurológica destacan afectación de pares craneales y arreflexia.

b) Incorrecta: el ACVA es uno de los motivos más frecuentes de urgencias neurológicas y supone la segunda causa de muerte en nuestro medio y la primera de discapacidad². Es consecuencia de una lesión isquémica o hemorrágica del tejido encefálico y ocasiona una alteración transitoria o definitiva de la función de una o varias partes del encéfalo². La clínica que puede presentar es muy variable en función del territorio afectado. El diagnóstico se establece mediante la historia clínica, exploración neurológica y pruebas complementarias, siendo las técnicas de imagen fundamentales para su detección.

La clínica de nuestra paciente podría orientar hacia un ACVA, pero tanto la TAC como la RNM

cerebral son normales por lo que se descarta esta causa.

c) Correcta: el Síndrome de Miller Fisher es una variante del Síndrome de Guillain Barré y se presenta entre el 5-10% de estos casos^{3,4}. Está caracterizado por la triada arreflexia, oftalmoplejía y ataxia en la mayoría de los casos. Del 40-57% de los pacientes presentan afectación de otros nervios craneales y el 30% asocia debilidad. Con frecuencia aparecen antecedentes de infecciones de tracto respiratorio superior^{3,4} 10-14 días previos a la clínica³. Las pruebas realizadas para su diagnóstico se caracterizan por no existir alteraciones en las pruebas de imagen; en el LCR existe aumento de proteínas sin piocitosis y más del 85% de los casos presentan anticuerpos anti CQ⁴.

d) Incorrecta: la encefalopatía de Wernicke-Korsakov^{5,6} (EWK) es un cuadro neuropsiquiátrico agudo que cursa con la clínica clásica de paresia oculomotora, nistagmo, ataxia y alteraciones mentales. Se produce de forma secundaria a un déficit de tiamina (vitamina B1), y se da con frecuencia en alcohólicos crónicos, desnutrición, diálisis y otros desórdenes sistémicos.

Nuestra paciente, a excepción de la ataxia y oftalmoplejía, no presenta clínica compatible con esta patología.

e) Incorrecta: Es una polirradiculoneuropatía aguda⁶ que se caracteriza por presentar clínicamente debilidad progresiva de dos o más miembros, reducción o ausencia de reflejos y sin causa alternativa aparente. Aunque puede tener

alteraciones sensoriales, lo más frecuente es que curse con debilidad generalizada y comprometa la función respiratoria. La presencia de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia nos inclina más hacia el síndrome de Miller Fisher, aunque el cuadro clínico es muy similar, al ser una variante del síndrome de Guillain Barré.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilton M, Pinder D. La maniobra de Epley (reposicionamiento canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno. Cochrane Plus nº4, 2008. Disponible en: www.uptodate-software.com
2. Ustell Roig X, Serena Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (7): 753-69.
3. Santos Marcial E, Cabrera Aldana EE, Gudi Emmanuel F, Jimenez Hernández Benítez, San Juan Orta D, Enríquez Coronel G. Síndrome Miller Fisher. Arch Neurocién (Mex). 2007; 12 (3): 180-182.
4. García Ramos GS, Cacho Díaz B. Síndrome de Guillain Barré. Diagnóstico diferencial. Rev Mex Neuroci. 2005; 6 (5): 448-454.
5. García Carreira C, Estela Herrero J, Rivera Perpinyá G. Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff secundario a hiperemesis no gravídica. Neurología. 2009; 24(1):74-82.
6. Acosta MI, Cañizá MJ, Fidel Romano M, Mateo Araujo E. Síndrome de Guillain Barré. Revista de posgrado de la V Ia cátedra de Medicina. 2007; 168:15-18.

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>

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

· **XXIV Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC**

Málaga 24 a 26 de septiembre de 2015
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
Telf. / Fax. 958 523 299
<http://www.samfycmalaga2015.com/>

· **VIII Jornada de seguridad del paciente en AP de la semFYC**

Barakaldo, 29 de mayo de 2015
Secretaría técnica: Azul congresos s.l.
seguridadpaciente@azulcongresos.com
<http://www.seguridadpaciente.com/>

· **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>

· **XXVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunidad Asistencial de la semFYC**

Cartagena, 10 a 12 de diciembre 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/eclinica2015>

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 cuatro 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.

35°

Congreso de la semFYC

GIJÓN · ASTURIAS

Palacio de Congresos
Feria de Muestras

Del 11 al 13 de Junio 2015



Specialistas
en personas

www.semfy.com/asturias2015



The logo for SAMFyC, consisting of the letters 'SAMFyC' in a white, sans-serif font, enclosed within a green, irregular oval shape.

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

Secretaría Médica:

The logo for the Andalusian College of Family and Community Medicine (ACM Andalucía), featuring the letters 'acm' in a green, lowercase font above the word 'andalucía' in a smaller, green, lowercase font.

Apartado de correos 536 - 11090 Granada
Tf. / Fax: 988 523 295
andaluzacongresomedicos@andaluzacongresomedicos.com
www.andaluzacongresomedicos.com