

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 16, número 2, septiembre 2015

Editorial

- 107 "Medicina familiar y comunitaria....desde otra perspectiva"

El espacio del usuario

- 109 La atención integral a la salud de las mujeres en Andalucía

Originales

- 111 Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedcados de más de 65 años
- 125 Valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria
- 135 Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas?

A debate

- 144 Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio 2014 SAS. Críticas de un obstetra

Sin biografía

- 154 Hematuria inespecífica
- 156 Bronquitis en Atención Primaria y transmisión a familiares
- 158 Disgenesia gonadal en el seno de una torsión testicular bilateral

Artículos especiales

- 159 Estrategias de prevención contra la violencia de género: educación y concienciación
- 164 Profesionales: relaciones y actividades en el área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Cartas al director

- 170 Tratamiento quirúrgico para onicocriptosis en Atención Primaria: técnica de Kaplan
- 173 Relevancia del seguimiento evolutivo de las patologías y en concreto en la enfermedad de Sever para el correcto diagnóstico y tratamiento
- 176 Cirugía menor en el tratamiento de la onicocriptosis distal en atención primaria: técnica de Duvries III
- 179 Enfermedad de Paget-Schroetter

¿Cuál es su diagnóstico?

- 181 Disnea súbita en mujer joven
- 183 Lesiones ampollosas en un niño
- 185 Multidisciplinariedad en el diagnóstico y seguimiento de las melanoniquias

Respuesta al caso clínico anterior

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

- 196 **Publicaciones de interés**
- 197 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
- 198 **Actividades Científicas**
- 199 **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

- 107 “Medicina familiar y comunitaria....desde otra perspectiva”

El espacio del usuario

- 109 La atención integral a la salud de las mujeres en Andalucía

Originales

- 111 Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedicados de más de 65 años
- 125 Valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria
- 135 Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas?

A debate

- 144 Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio 2014 SAS. Críticas de un obstetra

Sin biografía

- 154 Hematuria inespecífica
- 156 Bronquitis en Atención Primaria y transmisión a familiares
- 158 Disgenesia gonadal en el seno de una torsión testicular bilateral

Artículos especiales

- 159 Estrategias de prevención contra la violencia de género: educación y concienciación
- 164 Profesionales: relaciones y actividades en el área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Cartas al director

- 170 Tratamiento quirúrgico para onicocriptosis en Atención Primaria: técnica de Kaplan
- 173 Relevancia del seguimiento evolutivo de las patologías y en concreto en la enfermedad de Sever para el correcto diagnóstico y tratamiento
- 176 Cirugía menor en el tratamiento de la onicocriptosis distal en atención primaria: técnica de Duvries III
- 179 Enfermedad de Paget-Schroetter

¿Cuál es su diagnóstico?

- 181 Disnea súbita en mujer joven
- 183 Lesiones ampollosas en un niño
- 185 Multidisciplinariedad en el diagnóstico y seguimiento de las melanoniquias

Respuesta al caso clínico anterior

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

Publicaciones de interés

- 197 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

- 199 Información para los autores



contents

- Editorial**
- 107 "Primary Care Medicine.....from a Different Perspective"
- The Consumer's Corner**
- 109 Integrated Health Care for Women in Andalusia
- Original articles**
- 111 Medication adherence and health-related quality of life in chronically ill, polymedicated patients over 65 years of age
- 125 Nutritional assessment of elderly patients with osteoarthritis of the knee in primary
- 135 Evaluating referrals from primary to specialised medical care. Are they being overused?
- Debate motions**
- 144 The Andalusian Health Service's Integrated Care Process During Pregnancy, Birth and the Post-partum period: Critique from an Obstetrician
- No bibliography**
- 154 Non-specific Hematuria
- 156 Bronchitis in Primary Care and its Transmission to Family Members
- 158 Gonadal Dysgenesis in the Context of Bilateral Testicular Torsion
- Special articles**
- 159 Prevention Strategies Against Gender Violence: Education and Awareness-Raising
- 164 Professionals: Relationships and Activities within a Health Management Area located in *Campo de Gibraltar*
- Letters to the Director**
- 170 Surgical Treatment for Onychocryptosis in Primaria Care: the Kaplan Technique
- 173 Relevance of Follow-up on the Evolution of Pathologies, specifically Sever's Disease, for Correct Diagnosis and Treatment
- 176 Minor Surgery for Treating Distal Onychocryptosis in primary care: the Duvries III Technique
- 179 Paget-Schroetter Disease
- ¿Cuál es su diagnóstico?**
- 181 Sudden Dyspnea in a Young Woman
- 183 Blister-like Lesions in a Young Child
- 185 Multidisciplinary Approaches in the Diagnosis and Treatment of Melanonychia
- Answers to previous clinical cases**
- 186 Asymptomatic arrhythmia in a diabetic patient with hypertension
- 188 Tumour in thorax typified after undergoing exeresis in minor ambulatory surgery
- Publications of Interest**
- 197 Knowledge in microdoses @pontealdiaAP
- 198 Scientific Activities
- 199 Information for Authors

“Medicina familiar y comunitaria... desde otra perspectiva”

Sepúlveda Muñoz J¹, Márquez Castilla M²

¹Presidente comité organizador

²Presidenta comité científico

Para esta edición, la Junta Directiva de la SAMFyC nos ha otorgado el honor y la responsabilidad de organizar el 24º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria, nuestro congreso SAMFyC, el punto de encuentro de los médicos de familia andaluces.

El Comité Organizador ha elegido como lema para la edición de este año: *“Desde otra perspectiva”*. Si algo caracteriza a la medicina de familia es la capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones de nuestros pacientes y sus familias, de las comunidades en las que trabajamos, del marco social en el que nos movemos... Muchos de los cambios más importantes en el sistema sanitario andaluz están estrechamente relacionados con el desarrollo de nuestra especialidad: en el abordaje biopsicosocial con nuestros pacientes, en la mejora de la comunicación, en el uso adecuado de los recursos y la tecnología, la relación en el trabajo en equipo. Pero tenemos que seguir innovando, adaptándonos a las nuevas realidades de nuestros pacientes en el marco social en el que estamos inmersos, adaptándonos a las novedades tecnológicas, tenemos que aprender a buscar nuevas posibilidades organizativas, manteniendo lo más importante de nuestro ser Médicos de Familia: nuestro ser *“especialistas en personas...”*

Desde el Comité Científico se ha trabajado de forma conjunta con los grupos de trabajo de SAMFyC para elaborar un programa científico atractivo, que fomente en todo momento la participación, la interactividad, el diálogo, y que muestre la necesidad de compartir con el paciente y con la comunidad, para seguir avanzando.

Se desarrollarán mesas y ponencias que versarán sobre muchos aspectos que nos afectan

a los médicos de familia, como la diabetes, la adolescencia, la salud mental, la atención domiciliaria, los cuidados paliativos, sin olvidarnos de la investigación, la tecnología, o temas de actualidad y contenido exclusivamente clínico como la detección y atención a las enfermedades raras desde nuestro ámbito. Haremos especial énfasis en los nuevos retos que se nos plantean en lo referente al abordaje integral al paciente crónico. En la nueva realidad que vivimos, un aumento de la esperanza de vida y del número de personas con enfermedades crónicas, hemos de considerar la asistencia a los pacientes *“desde otra perspectiva”* manteniendo siempre la atención centrada en el paciente y la continuidad asistencial. Prestaremos por tanto atención a las distintas perspectivas de nuestro trabajo desde la aproximación a las nuevas patologías del adolescente, hasta trabajar sobre el envejecimiento activo... como novedad contaremos con una mesa en la que aprenderemos y debatiremos sobre los accidentes de tráfico en personas mayores. No podemos cerrar los ojos a la realidad social en la que vivimos y por ello prestaremos especial atención a cómo desde nuestra posición podemos ayudar a detectar precozmente y dar una atención adecuada a una de las lacras de nuestra sociedad actual: la violencia de género. Habrá múltiples espacios y actividades animadas por el grupo de nuevas tecnologías de nuestra sociedad que llevará a cabo mesas, talleres, asesoría permanente en una mesa dispuesta a tal fin para los que no estamos tan habituados en el manejo en redes sociales...

Todo esto va a ir acompañado de un amplio número de talleres con un alto contenido práctico-clínico, entre ellos el uso de nuevas técnicas diagnósticas: la ecografía como herramienta al

alcance de los médicos de familia, realiza una valiosa aportación al conocimiento y mejora las posibilidades diagnósticas, por lo que debemos impulsar el uso de esta tecnología de forma sistemática en atención primaria. O el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas para la ayuda psicológica. Tendremos espacios para aprender el abordaje y tratamiento de las patologías más frecuentes del aparato locomotor que sabemos que ocupa parte importante de nuestro día a día en nuestras consultas. No podemos olvidar el manejo desde la perspectiva del médico de familia de la persona con diabetes, con patología respiratoria, con fibrilación auricular y el manejo adecuado de la anticoagulación... Trabajaremos las últimas novedades en atención oncológica y a la persona en situación de cuidados paliativos en la que nuestra especialidad tiene tanto que aportar a la cabecera del paciente al que hemos tratado en todas las etapas de la vida, y en esta última etapa tenemos la obligación moral de seguir acompañando...

Trabajaremos la dinámica familiar y no podemos que trabajamos en el seno de una comunidad, por ello habrá actividades con la comunidad y trataremos el abordaje de un programa de atención comunitaria, habrá un *pecha kucha* comunitario en el que nos contarán experiencias de trabajo adscritas a la red de atención comunitaria...

Cada vez hay más médicos de familia que pensamos que en nuestros congresos y encuentros debemos dar cabida a nuestra vertiente más humanista... por ello hemos organizado un concurso de fotografía, y otro de relatos cortos en el que bajo el título... "Desde otra perspectiva" los participantes al congreso podrán presentar sus trabajos originales relacionados con el trabajo diario que llevamos a cabo en nuestras consultas, en la atención domiciliaria, en el trabajo con la

comunidad... Os animamos también a participar en el concurso de "selfies" que durante la duración de todo el congreso podréis ir realizando y que serán expuestos en la clausura...

En el apartado organizativo, aportaremos la innovación que nos caracteriza como sociedad y congreso en los últimos años, siendo posible el seguimiento virtual de gran parte del contenido del congreso, pero sin olvidar que es un congreso para las personas, donde queremos que los asistentes noveles y expertos se sientan los verdaderos protagonistas en el marco incomparable de esta tierra acogedora que es Málaga.

Por supuesto un agradecimiento especial tanto a las instituciones públicas como a las privadas que participarán, ya que sin ellas no sería posible la celebración de este evento. Creemos que es un marco idóneo para, desde la pluralidad y la flexibilidad, todos podamos sentirnos cómodos consiguiendo en primer lugar el objetivo que más de 3000 médicos de familia socios de SAMFyC, puedan tener un espacio donde compartir vivencias a la vez que mejoramos nuestros conocimientos y habilidades, y por supuesto tener momentos de tiempo libre para disfrutar de las bondades de nuestra ciudad en la incomparable buena compañía de compañeros de todos los rincones de Andalucía.

Para acabar, tanto a los que no nos conocen, como a los que sí, los invitamos a sumarse a nuestro Congreso, *desde otra perspectiva*, un congreso en el que pretendemos que se pueda integrar el pasado en este presente, para lograr un mejor futuro. Para facilitar esa apuesta de futuro de forma conjunta con la facultad de medicina de Málaga, hemos organizado la participación de alumnos de medicina en las mesas de nuestro congreso de una forma totalmente gratuita.

EL ESPACIO DEL USUARIO

La atención integral a la salud de las mujeres en Andalucía

Ruiz Legido O

Presidenta FACUA Andalucía

Recientemente la Organización Matronas Andaluzas en Paro se puso en contacto con FACUA Andalucía al objeto de exponernos la situación en Andalucía de este colectivo y trasladarnos su queja por las diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud. Esta situación crea desequilibrios y desigualdad en la prestación de servicios en Andalucía respecto de la atención a la salud de las mujeres en la maternidad y durante toda su vida reproductiva.

A esta situación de desequilibrio que denuncia el referido colectivo de matronas se le unen quejas de usuarias andaluzas respecto de una disminución de los recursos en estos años destinados a la salud integral de la mujer y una reorganización de los que existían, poniendo en evidencia una mayor dispersión, sectorialización y descoordinación en la atención a la mujer. A ello hay que sumarle también una insuficiente información sobre cuáles son los recursos disponibles y cómo acceder a ellos, de forma que ni la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud ni otros diferentes instrumentos de comunicación del SAS, deja claro a qué prestaciones y servicios tienen acceso hoy por hoy las mujeres en nuestra Comunidad, cuáles son los itinerarios y procedimientos para acceder a ellos y los profesionales que los atienden.

La atención a la salud integral de la mujer comprende las actividades de salud sexual y reproductiva, infertilidad, interrupción voluntaria del embarazo, planificación familiar, promoción de la lactancia materna, promoción de vida saludable, desarrollo de la guía orientadora al nacimiento y la crianza, programa de

salud infantil, programa de vacunas, prevención de enfermedades de transmisión sexual, cribado de cáncer de cérvix y mama, visitas puerperales, prevención de alteraciones menopáusicas, atención al climaterio y la menopausia, grupos de autoayuda, etc. Todos estos servicios y prestaciones son reconocidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud como integrantes de ese concepto amplio de salud integral de la mujer, pero no tienen definidos de una manera clara y accesible para las usuarias del sistema sus vías de acceso, quiénes deben prestarlos y cómo y quién informa a la población de todo ello.

La situación concreta de los recursos, y más específicamente de las matronas, ha sido analizada en varias ocasiones por el propio Defensor del Pueblo Andaluz. La última ocasión en que se ha hecho ha sido el informe de fecha 10 de abril de 2015, en el que se hace eco de la queja del colectivo de matronas.

En el informe del Defensor del Pueblo (<http://www.defensordelpuebloandaluz.es/node/10295>) se ponen de manifiesto las diferencias existentes entre las provincias. Es destacable la situación de Almería y Córdoba, que cuentan tan sólo con 4 matronas, frente a la situación de Sevilla o Málaga, que cuentan con 60 y 42 matronas respectivamente. Estas cifras ponen de manifiesto un trato desigual ante necesidades similares. Al mismo tiempo, se hace una comparativa con el número de estos profesionales desde el año 2008. El número ha disminuido, a pesar de estar detectada objetivamente la necesidad. La institución acaba recomendando la realización de un estudio sobre la plantilla de matronas en el ámbito de la atención primaria de la salud de Andalucía y que se planifiquen las actuaciones

futuras en torno al mapa de recursos que resulte del mismo.

FACUA Andalucía considera que es preciso disponer de datos. Asimismo, la planificación de los recursos debe dar respuesta a las necesidades de la población andaluza con criterios que eviten desigualdad y garanticen un acceso equitativo (social y territorial) a los mismos.

Pero nos preocupa también el deterioro que en estos años se está produciendo en la información hacia la población femenina andaluza sobre prestaciones y recursos disponibles en el ámbito de la atención integral a la salud de la mujer y cómo acceder a las mismas, así como la confusión entre las usuarias respecto de la forma de organizar los itinerarios y los procesos. Estos parecen estar definidos y concebidos en los centros de salud de atención primaria por programas y aparentemente sin una concepción global de la salud, lo que podría estar impidiendo una falta de seguimiento y de atención real a las necesidades en las distintas fases o etapas de la mujer. Igualmente, detectamos un empeoramiento de la actividad proactiva de la Administración sanitaria y de sus profesionales para ofrecer dicha información y la orientación necesaria a la mujer. Con ello se genera una importante exclusión en aquellos colectivos más vulnerables, que cuentan con una menor formación y preparación o que tienen mayor dificultad para acceder a la información.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía establece que las actuaciones sobre protección de la salud se inspirarán, entre otros, en los principios de universalización y equidad en los distintos niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía, consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, mejora continua en la calidad de los servicios, prestando un enfoque especial a la atención personal y a la utilización eficaz de los recursos sanitarios. La información sobre los servicios y prestaciones sanitarios a los que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso se reconoce como un derecho básico.

La promoción y atención de la salud de las mujeres exige suficiente información sobre los recursos existentes y hacerlas partícipes de las herramientas que tienen a su disposición, lo que debe favorecer su derecho a decidir. Por ello, le hemos pedido al consejero de Salud que vele por la consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, que adopte las medidas oportunas para atender las recomendaciones realizadas por el Defensor del Pueblo y que mejore la información y los recursos en los centros de salud de atención primaria, que de una manera proactiva deben ponerse en conocimiento y disposición de las mujeres y usuarias del sistema.

ORIGINAL

Adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedificados de más de 65 años

Alba Dios MA¹, Pérula de Torres CJ², Pérula de Torres LA³, Pulido Ortega L⁴, Ortega Ruiz R⁵, Jiménez García C⁶ y Grupo colaborativo Estudio ATEM-AP (ver anexo 1)

¹Psicóloga e investigadora de apoyo en la Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

²Diplomado en Enfermería. Unidad de Gestión Clínica La Sierra (Córdoba). Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

³Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir. Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

⁵Catedrática de Universidad (Universidad de Córdoba)

⁶Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba

CORRESPONDENCIA

Luis Ángel Pérula de Torres

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

C/Isla de Lanzarote, 3. 14011 Córdoba (Spain)

E-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 17-12-2014; aceptado para publicación el 07-05-2015

Med fam Andal. 2015; 2: 111-124

PALABRAS CLAVE

Cumplimiento terapéutico, adherencia terapéutica, calidad de vida relacionada con la salud, polimedificación, pacientes crónicos.

RESUMEN

Título: adherencia terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedificados de más de 65 años.

Objetivo: valorar la relación entre el grado de adherencia terapéutica con la percepción de la calidad de vida y variables socio-demográficas en pacientes polimedificados atendidos en consultas de Atención Primaria.

Diseño: estudio observacional descriptivo, multicéntrico.

Emplazamiento: 16 Centros de Salud de la provincia de Córdoba (8 rurales y 8 urbanos).

Población y muestra: 154 pacientes crónicos polimedificados mayores de 65 años, seleccionados por muestreo consecutivo por 27 médicos y enfermeras.

Intervenciones: se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud con las láminas COOP/WONCA y la adherencia terapéutica mediante el cuestionario de comunicación del autocumplimiento de Haynes-Sackett, el test de actitud sobre tratamiento de Morisky-Green (como procedimientos de detección) y el recuento de comprimidos (como método de verificación del cumplimiento). Se realizó un análisis bivalente y multivalente (Regresión Lineal Múltiple) para medir la correlación entre variables socio-demográficas, la adherencia terapéutica y la puntuación total de las láminas.

Resultados: los pacientes presentaban una edad media de $76 \pm 5,8$ -DT- años; 68,8% eran mujeres, 61% de estado civil casados, y el 82% sin estudios; tenían de media $5,0 \pm 2,3$ patologías crónicas, y tomaban a diario una media de $8,9 \pm 2,8$ medicamentos. No se observa una relación entre adherencia terapéutica y puntuación total con las láminas COOP-WONCA, pero sí con el cambio en el estado de salud ($J^2=2,936$; $p<0,001$) y la percepción de dolor ($J^2=11,482$; $p=0,022$).

Conclusión: los ancianos polimedificados con alta adherencia terapéutica no experimentan mejor calidad de vida relacionada con la salud que los incumplidores, aunque los que perciben más dolor o mejora en su estado de salud son los que presentan un mayor cumplimiento terapéutico.

KEYWORDS

Medication compliance, medication adherence, health-related quality of life, poly medication, chronically ill patients.

SUMMARY

Title: Medication adherence and health-related quality of life in chronically ill, poly medicated patients over 65 years of age.

Aim: To assess the relationship between the level of adherence and the perception of quality of life and socio-demographic variables in poly medicated patients attending primary care consultations.

Design: A descriptive, multicentre observational study.

Setting: 16 healthcare centres from the province of Cordoba (8 rural and 8 urban centres)

Population and sample: 154 chronically ill, poly medicated patients over 65 years of age, selected by consecutive sampling, by 27 doctors and nurses.

Interventions: Health-related quality of life was tested using COOP/WONCA charts and medication adherence was measured using the self-administered questionnaire from Haynes-Sackett, Morisky-Green test of attitude towards medication (as detection methods) and the pill count technique (as a method for verifying compliance). A bivariate and multivariate analysis (Multiple Linear Regression) was conducted to measure correlation between socio-demographic variables, medication adherence and the COOP/WONCA charts total score.

Results: Mean age of patients was 76 ± 5.8 (SD) years; 68.8% were women, 61% were married, and 82% with no education; they had an average of 5.0 ± 2.3 chronic conditions, and were taking a daily average of 8.9 ± 2.8 medications. No association is observed between medication adherence and COOP/WONCA charts total score, although it does show a relation with change in health status ($J_i^2=2.936$; $p<0.001$) and pain perception ($J_i^2=11.482$; $p=0.022$).

Conclusion: Poly medicated elderly patients with high medication adherence do not experience better health-related quality of life than non-compliant patients, although those who perceive greater pain or an improvement of their health status have higher compliance to medication.

INTRODUCCIÓN

Se estima que los sujetos mayores de 65 años representan el 15% de la población total española. Estos sujetos padecen más patologías crónicas, acuden al sistema con más frecuencia y muchos de ellos son pacientes polimedicados¹.

La adherencia a un plan terapéutico es uno de los temas de salud más importantes en relación con la eficacia del tratamiento, los costes sanitarios y la seguridad del paciente. Desafortunadamente, los pacientes de edad avanzada con autonomía, son especialmente vulnerables al incumplimiento terapéutico, porque tienen ratios de morbilidad más altos, combinados con problemas cognitivos y sociales, que dificultan el uso correcto de los medicamentos².

Márquez Contreras y cols. definen el cumplimiento terapéutico como "la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito"^{3,4}. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura⁵. Los fallos al seguir las prescripciones médicas exacerbaban los problemas de salud y la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento^{4,5}.

La búsqueda de métodos que contribuyan a disminuir la falta de adherencia a los tratamientos y el estudio de todos los factores que inciden en su desarrollo, ha cobrado vital importancia en las ciencias de la salud. Varios análisis rigurosos, que se recogen en un estudio elaborado en 2003 por la OMS, han revelado que en los países desarrollados el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%⁶.

En la literatura se utilizan indistintamente los términos cumplimiento terapéutico y adherencia; sin embargo, el empleo del término cumplimiento ha recibido la crítica de algunos estudiosos, que la catalogan de unidimensional y reduccionista, por no considerar los aspectos psicológicos, y sobre todo motivacionales del paciente, en la elaboración de estrategias conjuntas

para garantizar el cumplimiento⁷. Se habla de adherencia cuando se refiere al “proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta basado en las características de su enfermedad, el régimen terapéutico que sigue, la relación que establece con el profesional de salud y en sus características psicológicas y sociales”⁸. Blackwell B. propuso los vocablos adherencia o alianza terapéutica con objeto de evitar las connotaciones paternalistas y coercitivas del término incumplimiento; sin embargo, este sigue siendo el más utilizado en la práctica médico-farmacéutica⁹.

Se han señalado más de 200 variables relacionadas con el incumplimiento¹⁰: a) las relacionadas con las características del paciente (la edad, sexo, raza, entorno familiar, etc.),^{11,12,13,14}; b) las relacionadas con el régimen terapéutico: así, cuanto mayor y más complejo es un tratamiento, también mayor es el grado de incumplimiento. Algunos autores señalan que hasta el 60-64% de los tratamientos son mal interpretados por los pacientes¹⁵.¹⁶ La politerapia^{8,9}, el número de tomas al día, los efectos secundarios¹⁷, etc., tienen influencia contrastada sobre el cumplimiento terapéutico; c) las características de la enfermedad, pudiendo destacar por su grado de influencia aquellas patologías que cursan de manera silente o con escaso nivel de sintomatología; d) por último, los factores relacionados con la estructura sanitaria (cambio de médico, accesibilidad) y con el profesional (desconfianza, actitud y aptitud, lenguaje excesivamente técnico)^{18,19,20,21}, complementarían a los aspectos de incumplimiento anteriormente mencionados.

La prevalencia de enfermedades crónicas para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en salud (mortalidad, morbilidad, expectativas de vida), sobre todo en personas mayores, no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones del estado de salud de los pacientes²². El concepto de CVRS esencialmente incorpora la percepción del paciente, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios

para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud²³. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar²⁴.

No existen apenas investigaciones que traten de comprobar el grado en que influye la adherencia terapéutica en la CVRS, sobre todo en pacientes mayores, con procesos crónicos y polimedicados. El presente estudio tiene como objetivo responder a esta cuestión.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, multicéntrico, anidado en un ensayo clínico (estudio ATEM-AP), cuyo objetivo era comprobar la eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación y mejorar la adherencia terapéutica en 154 pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años²⁶.

Se hizo una difusión del estudio vía correo electrónico a los centros de salud acreditados para la docencia en Medicina Familiar y Comunitaria y demás centros de los Distritos Sanitarios de la provincia de Córdoba. El estudio se realizó en 16 Centros de Salud de la provincia de Córdoba (8 rurales y 8 urbanos). Inicialmente expresaron su intención de participar 32 profesionales; se originaron 5 abandonos debido a que los profesionales no captaron ningún paciente, siendo por tanto 27 los investigadores colaboradores (16 médicos y 11 enfermeras), de los cuales 16 eran mujeres y 11 hombres.

Cada profesional participante, después de firmar una hoja de compromiso, confidencialidad y consentimiento informado, debía captar mediante muestreo consecutivo 6 pacientes de su cupo, los cuales tenían que reunir los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 65 años, presentar algún proceso crónico, estar polimedicado (tomando 5 ó más medicamentos de forma continuada durante 6 o más meses)^{27, 28, 29}, y con sospecha de incumplimiento del tratamiento prescrito detectado con el cuestionario de Comunicación del autocumplimiento de Haynes-Sackett³⁰ y con

el test de actitud sobre tratamiento de Morisky-Green³¹. Por último, los pacientes debían de otorgar su consentimiento informado.

Como criterios de exclusión de los pacientes se tuvieron en cuenta las siguientes características: sufrir deterioro cognitivo (test de Pfeiffer ≥ 3)³², enfermedad neurológica o psíquica invalidante, accidente cerebro vascular grave en los últimos 6 meses, inmovilizados o pacientes con <60 puntos en el índice de Barthel para Actividades de la Vida Diaria^{31,32}, ingresados en el hospital dos o más veces en el último año, pacientes a cargo de un cuidador responsable de la medicación, o residentes en una institución geriátrica.

Mediciones y fuente de recogida de datos

Las variables medidas fueron: socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación familiar –vive sólo o con algún allegado-), clínicas (morbilidad crónica) y asistenciales (frecuentación en consulta y visitas domiciliarias en el último año).

Se definió Adherencia Terapéutica (AT) como el “Grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, en este caso) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”, y para medirlo se usó una combinación de métodos indirectos de sospecha de incumplimiento tales como el Test de Haynes-Sackett³⁰, el Test de Morisky-Green³¹. La combinación de estos dos cuestionarios constituyen una herramienta de detección de probable incumplimiento con unos aceptables índices de validez. A posteriori, como método de verificación del cumplimiento se usó el recuento de comprimidos para medir el grado de AT, calculándose el porcentaje medio de cumplimiento según la siguiente fórmula: $(n^\circ \text{ total de comprimidos presumiblemente consumidos} / n^\circ \text{ total de comprimidos que debería haber consumido}) \times 100$. Se consideró AT cuando la cifra, en el global del tratamiento prescrito al paciente, estaba entre el 80% y el 110%³⁵.

Para evaluar la CVRS se pasaron las láminas de COOP/WONCA (Apéndice 1), validadas y adaptadas culturalmente a la realidad española y con buenas propiedades psicométricas. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil compren-

sión, cuyo uso recomiendan organismos internacionales como la OMS o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia³⁶. El cuestionario abarca un total de 9 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas^{37, 38, 39}.

Plan de actuación

Los profesionales concertaban una visita domiciliaria con los pacientes del estudio, donde se cumplimentaba el cuaderno de recogida de datos, junto con el cuestionario COOP-WONCA, y se efectuaba el recuento de comprimidos de la medicación prescrita.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables (con sus intervalos de confianza para el 95% -IC95%- de los parámetros principales), seguido de un análisis bivariante para comprobar la relación de la variable independiente principal (AT) con la puntuación de cada una de las láminas COOP/WONCA. Para ello se utilizaron los test estadísticos T de Student o Ji-cuadrado ($p < 0,05$; contrastes bilaterales). Para determinar si las variables seguían una distribución normal se aplicó el test de Shapiro-Wilk. Finalmente, mediante un análisis multivariante de Regresión Lineal Múltiple, se analizó la relación de la AT con la puntuación total obtenida con las láminas COOP-WONCA, ajustando por las variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación familiar), y clínico-asistenciales (atención recibida en el último año en consulta y domiciliaria, y número de patologías). Se emplearon los programas estadísticos SPSS 17.0 y EPIDAT 3.0.

El estudio del que se extraen los datos del presente artículo fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación Clínica del Hospital “Reina

Sofía" de Córdoba y registrado como ensayo clínico en el ClinicalTrials.gov (NCT01291966).

RESULTADOS

Los 27 profesionales colaboradores reclutaron 154 pacientes. Las características socio-demo-

gráficas de la población estudiada se muestran en la tabla 1. Los pacientes tomaban una media de $8,9 \pm 2,8$ –desviación típica- fármacos/día (IC95%:8,4-9,3). El número de contactos con su centro de salud durante el último año fue, en promedio, de $26,3 \pm 19,4$ (IC 95%:23,2 a 29,4) y tenían una media de patologías crónicas de $5,0 \pm 2,3$ (IC 95%:4,6-5,4).

Tabla 1. Características socio-demográficas y clínico-asistenciales de la población de estudio (n=154)

Variables socio-demográficas:	
Edad (años): media \pm DT (límites; IC 95%)	75,9 \pm 5,8 (64-94; 75,0-76,8)
Sexo: número (%)	
-Mujer	106 (68,8)
-Hombre	48 (31,2)
Estado civil: número (%)	
-Casado/a	94 (61,0)
-Viudo/a	51 (33,1)
-Divorciado/a	2 (1,3)
-Soltero/a	7 (4,5)
Nivel de instrucción: número (%)	
-Sin estudios, no sabe leer	28 (18,2)
-Sin estudios, sabe leer	98 (63,6)
-Primarios	23 (14,9)
-Medios	4 (2,6)
-Superiores	1 (0,6)
Situación familiar: número (%)	
-Vive con hijos	25 (16,2)
-Con su pareja	79 (51,3)
-Con otros familiares	5 (3,2)
-Sólo pero con hijos cerca	23 (14,9)
-Sólo con hijos alejados o sin hijos	13 (8,4)
-Con pareja e hijos	9 (5,8)
Variables clínicas-asistenciales:	
-Medicamentos que toma a diario: media \pm DT (límites; IC 95%)	8,9 \pm 2,8 (2-22; 8,4-9,3)
-Visitas al centro de salud en el último año: media \pm DT (límites; IC 95%)	26,3 \pm 19,4 (0-99; 23,2-29,4)
-Visitas domiciliarias en el último año: media \pm DT (límites; IC 95%)	2,1 \pm 4,8 (0-30; 1,36-2,90)
-Patologías crónicas: media \pm DT (límites; IC 95%)	5,0 \pm 2,3 (1-23; 4,6-5,4)

DT: Desviación Típica; IC 95%: Intervalo de Confianza para el 95%

Del total de pacientes el 62,9% (IC95%:55,0 a 70,9) presentaron AT. En la tabla 2 se mues-

tran los resultados obtenidos en cada una de las láminas o dimensiones del cuestionario de

Tabla 2. Resultados descriptivos de las láminas de COOP-WONCA para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la población estudiada

Láminas/Dimensión	n	%
Lámina 1: Actividades cotidianas		
-Ninguna dificultad	30	19,5
-Un poco de dificultad	26	16,9
-Dificultad moderada	52	33,8
-Mucha dificultad	42	27,3
-Toda, no he podido hacer nada	4	2,6
Lámina 2: Forma física (actividad física)		
-Muy intensa o intensa	5	3,4
-Moderada	49	33,8
-Ligera o muy ligera	91	62,8
Lámina 3: Sentimientos (problemas emocionales)		
-Nada o un poco	56	38,6
-Moderadamente	48	33,1
-Bastante o intensamente	41	28,3
Lámina 4: Actividades cotidianas (dificultad)		
-Ninguna o poca	54	37,2
-Moderada	53	36,6
-Mucha o toda	38	26,2
Lámina 5: Actividades sociales		
-Nada o ligeramente	69	47,6
-Moderadamente	41	28,3
-Bastante o muchísimo	35	24,1
Lámina 6: Estado de salud		
-Excelente o muy buena	9	6,2
-Buena	46	31,7
-Regular o mala	90	62,1
Lámina 7: Dolor		
-Nada o muy leve	28	19,3
-Ligero	42	29,0
-Moderado o intenso	75	51,7
Lámina 8: Apoyo social (disponibilidad para ayudar)		
-Todo el mundo o bastante gente	57	39,3
-Algunas personas	56	38,6
-Alguien o nadie	32	22,1
Lámina 9: Calidad de vida		
Estupenda o bastante bien	42	29,0
Bien y mal a partes iguales	77	53,1
Bastante o muy mal	26	17,9
Total	154	100,0

COOP-WONCA. La puntuación media de la COOP/WONCA fue de $27,5 \pm 6,1$ (IC 95%:26,5-28,5; límites=13 a 39), siendo de $26,9 \pm 6,5$ entre los pacientes cumplidores y de $28,5 \pm 5,4$ en los incumplidores, no resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($t=-1,588$; IC 95%: -3,6 a 0,4; $p=0,114$).

Mediante el análisis bivariado, cruzamos la variable adherencia terapéutica (AT) con cada una de las 9 láminas que componen la WOOP/WONCA, obteniendo resultados estadísticamente significativos en referencia a dos de las dimensiones: cambio en el estado de salud (Ji-Cuadrado=2,936; $p<0,001$) (figura 1) y dolor (Ji-Cuadrado=11,482; $p=0,022$) (figura 2).

Figura 1. Adherencia terapéutica en función del cambio del estado de salud autopercebido

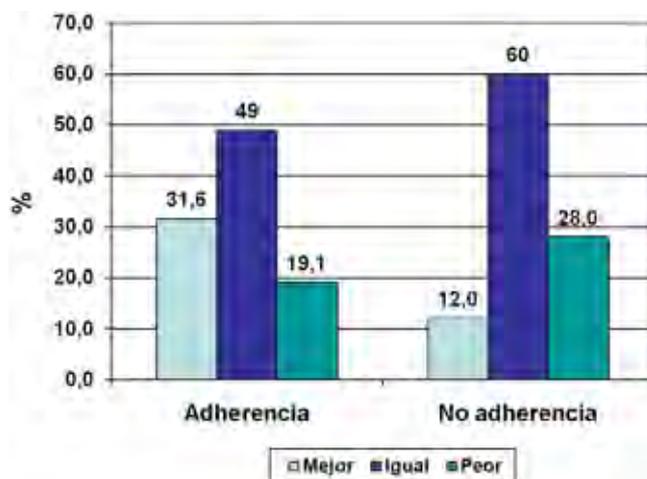
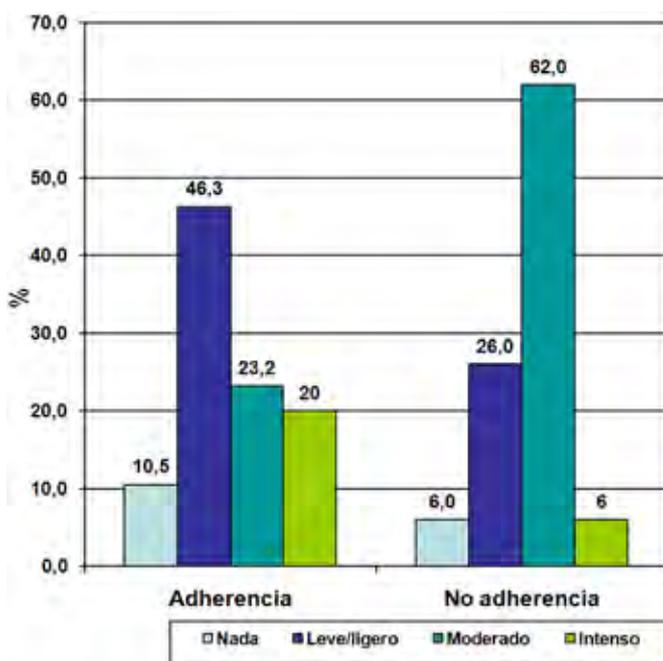


Figura 2. Adherencia terapéutica en función del grado de dolor percibido



Los factores o variables independientes que se han considerado mediante análisis multivariante se representan en la tabla 3, siendo la edad la única que se halló asociada con la puntuación de las láminas COOP/WONCA (p=0,028): a más edad peor puntuación en la percepción del paciente de su CVRS.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha evaluado una muestra de pacientes con pluripatología y polimedica- ción, atendidos en APS, con el fin de comprobar si la AT influye en su calidad de vida. Los pacientes eran mayores, con edades entre los 70 y 80 años y con predominio de mujeres (6 de cada 10), algo usual entre la población que acude a las consultas de APS. Más del 80% no tienen estudios y predomi- nan los casados que viven con su pareja. Nos encontramos ante un grupo de ancianos que en promedio padecen 5 patologías crónicas y que tomaban 9 medicamentos al día. La frecuencia de visitas a su Centro de Salud era de 2 veces al mes, siendo atendidos en su domicilio por el personal del centro una vez al año.

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas con las láminas de COOP-WONCA con valores de referencia de la población española, comprobamos que estas son superiores en nuestra pobla-

ción de estudio (27,5 en nuestra muestra frente a 22,47 en el segmento etáreo de 65 a 74 años y de 24,54 en el de 75 ó más años en la población general), lo que indica una peor CVRS, lo que es lógico al tratarse de pacientes pluripatológicos⁴⁰.

No se aprecia una relación entre la AT y la CVRS cuando se valora en conjunto con el sumatorio de las láminas COOP-WONCA, aunque si hemos hallado una asociación con dos de sus dimensio- nes: cambio favorable en el estado de salud en comparación con el de dos semanas antes, y dolor experimentado durante ese mismo periodo. Así, los pacientes que afirman sentirse mejor de salud que en el pasado, en términos globales, son los que a la vez muestran un mayor grado de AT, lo que puede ser una consecuencia del efecto benefi- cioso que el tratamiento seguido pueda estar ejer- ciendo sobre su estado de salud percibido. Por otro lado, los ancianos con menor percepción de dolor presentaron peor AT que los que manifes- taron presentar dolor en mayor grado, sobre todo si este es intenso. La bibliografía es coincidente en que las patologías crónicas generan mayores problemas de AT que las agudas, así como que la ausencia de síntomas percibidos por el paciente conducen a peores tasas de cumplimiento⁴¹. El dolor como malestar físico puede ser un elemento que conduzca en el anciano con patología crónica a un mayor seguimiento del tratamiento prescri- to, con el fin de evitarlo o aminorarlo, u que se encuentre más sensibilizado y motivado con la

Tabla 3. Variables asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud (COOP/WONCA) mediante análisis multivariante

	B	t	p
Constante	15,408	2,075	0,040
Edad	0,193	2,216	0,028
Sexo	-0,441	-0,376	0,707
Situación familiar	0,414	1,125	0,263
Nº de contactos centro salud (último año)	0,015	0,558	0,578
Nº de visitas domiciliarias (último año)	0,001	0,008	0,994
Nº de patologías crónicas	-0,015	-0,071	0,943
Nivel educativo	-1,092	-1,360	0,176
Grado de adherencia terapéutica	-0,618	-0,560	0,576

Variable Dependiente: Puntuación Total láminas COOP/WONCA; R²= 0,07

toma de la medicación. Se sabe que los pacientes que no presentan síntomas para el proceso por el que están siendo tratados (como por ejemplo, la hipertensión o la dislipemia), suelen tener peor cumplimiento que los que padecen dolencias y malestares que condicionan su calidad de vida y generan una manifiesta discapacidad, como por ejemplo, la artrosis, tan común entre nuestros mayores.

También se ha encontrado, como resultado del análisis multivariante, una relación directamente proporcional entre la edad del paciente y la puntuación obtenida con las láminas COOP-WONCA, lo que indica una peor CVRS conforme se es más mayor; estas y otras conclusiones van en la línea de otros estudios similares donde la dimensión que aparece en todos los grupos de edad como la más frecuentemente afectada es la del dolor o malestar; la explicación dada es que con los años las personas tienden a sufrir cada vez más enfermedades y limitaciones en sus actividades habituales que terminan afectando progresivamente a su funcionamiento diario. Por este motivo, parece lógico que la edad se haya identificado como factor independientemente asociado al deterioro de la CVRS en este y en otros estudios realizados con pacientes con pluripatología^{37, 38, 42, 43}. También se ha hallado que la percepción de dolor, no se ve afectada con el paso de los años en los pacientes ancianos³⁷, al igual que ocurre en el trabajo de Azpiazu³⁶, dado que se partía ya de un porcentaje muy alto de población afectada en el rango de edad más bajo³⁷. Posiblemente esto pudiera encontrar su explicación en que en las edades más avanzadas las enfermedades que van apareciendo son muy invalidantes e incapacitantes⁴⁴, lo cual conduciría a mayor nivel de estrés (y consecuentemente a alteraciones emocionales como el sentirse deprimido o ansioso), pero no de dolor o malestar físico³⁷, lo cual no es de extrañar puesto que se trata de una población en donde la patología más prevalente suele ser la reumatológica⁴⁵ y es posible que con los años la población mayor pudiera desarrollar una tolerancia al dolor, aunque este dato tendría que ser contrastado con otros estudios.

Entre las limitaciones del presente trabajo cabe señalar que partimos de un estudio anidado en un ensayo clínico en donde se ha contemplado a una muestra seleccionada por su baja adhe-

rencia terapéutica (AT), y mediante muestreo no probabilístico, lo que limita la validez externa en cuanto a la extrapolación de los resultados a poblaciones de características similares. No obstante, al comprobar el perfil sociodemográfico y clínico, observamos que la población estudiada resulta bastante semejante a la que acude a las consultas de APS de nuestro país.

Las láminas COOP/WONCA es un cuestionario de CVRS internacionalmente reconocido que se caracteriza por su brevedad, facilidad de comprensión y por presentar unos buenos criterios métricos de calidad. Diseñadas inicialmente para evaluar la CVRS en pacientes de Atención Primaria, se ha planteado su posible utilidad en otros grupos, entre ellos los pacientes renales sometidos a diálisis, demostrando unas buenas propiedades psicométricas⁴⁶. Aunque nuestra población no presentaba problemas cognitivos graves, cabe pensar si, al tratarse de sujetos de edades avanzadas y con varios problemas crónicos de salud, este instrumento de medición de la CVRS resulta igual de válido y fiable que la demostrada en las poblaciones donde se sometió al proceso de validación.

En conclusión, la falta de AT no parece ser un problema que afecte de una manera importante a la CVRS de pacientes mayores pluripatológicos y polimedcados, aunque existan ciertas evidencias de que aquellos que cumplen el tratamiento puedan tener la percepción de un mejor estado de salud. Los que sufren dolor son los que mejor AT muestran. La edad es el factor que más influye en la CVRS. Sería conveniente realizar estudios similares al nuestro en muestras de mayor tamaño y que sean representativas de la población con estas características clínico-epidemiológicas para intentar extraer conclusiones más consistentes y generalizables.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido posible gracias a la beca "Isabel Fernández" de ayudas a la realización de Proyectos de Investigación de la SAMFyC (2008 – Exp. 55/08), y de la semFYC (2009). Además ha recibido una ayuda de la Consejería de Salud 2008 (PI-0101/2008; resolución BOJA núm. 12 de 20 de enero 2009).

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Memoria estadística de la Consejería de Salud 2005. Disponible en <http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/>
- Cárdenas-Valladolid J, Martín-Madrado C, Salinero-Fort M, de-Santa Pau EC, Abánades-Herranz JC, de Burgos-Lunar C. Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care. *Drugs & Aging*. 2010;27:641-51. doi:<http://dx.doi.org/10.2165/11537320-000000000-00000>.
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC*. 2001; 8:558-73.
- Giacaman Kompatzki JA. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el hospital de Ancud. Tesis de Grado. Universidad Austral de Chile: 2010. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf>.
- Sabate E. 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Genova: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-pubs.htm>.
- Yach D. 2003. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html>
- Tellez A 2005. Proyecto Ancora. Disponible en: http://www.sofofa.cl/BIBLIOTECA_Archivos/Eventos/2005/10/SFFLyD/Alvaro_Tellez.pdf
- Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud* 1995; 7:34-61. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/frecuencia_de_cumplimiento_tratamiento_m_edico_en_pac.hta.pdf.
- Blackwell B. Drug therapy compliance. *N Engl J Med*. 1973; 289: 249-52.
- Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*. 1999; 1:97-106.
- Gil V, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid; Du Pont Pharma:1995. p. 299-313.
- González J, Orero A, Prieto J. Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. *JANO*. 1997; 53: 697-706.
- Durán JA, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. *Med Clin (Barc)*. 1988; 90:338-43.
- Hussar DA. Patient compliance. En: Remington, The science and practice of Pharmacy. 19th edition. Easton (Pennsylvania); Philadelphia College of Pharmacy and Science: 1995. p. 1796-1807.
- Boyd JR, Covington TR, Stanaszek WF, Coussons RT. Drugdefaulting. Part II: analysis of noncompliance patterns. *Am J Hosp Pharm*. 1974; 31: 485-491.
- Mazzullo JM, Lasagna L, Griner PF. Variations in interpretation of prescription instructions. *JAMA*. 1974; 227: 929-931.
- Espagnoli A, Ostino G, Borga AD, D'Ambrosio R, Maggiorotti P, Todisco E et al. Drug compliance and unreported drugs in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37: 619-24.
- Evans L, Spelman M. The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs*. 1983; 25: 63-76.
- Crespo R, Valdés L, Bobé I, Caylá JA. Dificultades percibidas por el paciente tuberculoso para cumplir el tratamiento. *Aten Primaria*. 1992; 9: 260-62.
- Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry*. 1976; 129: 513-31.
- O'Hanrahan M, O'Malley K. Compliance with drug treatment. *BMJ*. 1981; 283:298-300.
- Guyatt, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*. 1993;118: 622-29.
- Testa M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*. 1996;34:835-40.
- Schwartzmann L. Health-related Quality of Life: Conceptual Aspects. *Ciencia y Enfermería IX*. 2003;2: 9-21.
- Patrick, D., Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York: 2003.
- Pérua de Torres LA, Pulido Ortega L, Pérua de Torres C, González Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R: Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos mayores de 65 años polimedicados: resultados de un ensayo clínico controlado por cluster. *Med Clin (Barc)*. 2014; 143:341-48.
- Nelson EC, Wasson J, Kirk J, Keller A, Clark D, Dietrich A, Stewart A, Zubkoff M: Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chron Dis*. 1987;40 (Supl.): S55-S63.
- Martín F, Reig A, Ferrer R, Sarró F. Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrología*. 2004; XXIV:192-93.

29. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas y desarrollo, 2003. Disponible en: http://www.sas.juntaandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/97/pdf/CSAP_2003.pdf.
30. Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979:76-81.
31. Val A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky-Green. *Aten Primaria*. 1992; 10: 767-70.
32. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberna C, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:129-34.
33. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965; 14:56-61.
34. Folleto del ISMP-OCU "Cómo utilizar sus medicamentos de forma segura". Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/ocu.pdf>.
35. Navarro J, Bonet A, Gosalbes V. Perspectiva del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la enfermedad crónica cardiovascular en España a partir del análisis bibliométrico y temático de su producción científica (1969-1999). *Med Clin (Barc)*. 2001; 116 (Supl 2):147-51.
36. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29:378-384.
37. Gavilán Moral E, Pérula de Torres LA, Castro Martín E, Varas-Fabra F, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. *Med fam Andal*. 2006;10: 95-107.
38. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García-Marín N, Valero FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 7:683-99.
39. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28:167-73.
40. Serrano-Gallardo P, Lizán-Tudelac L, Díaz-Olalla JM, Otero A. Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132:336-43.
41. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005; 29:40-8.
42. Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*. 1998; 316:736-41.
43. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: examining the EQ-5D in the US general population. *Quality of Life Research*. 2005; 14:2187-96.
44. Espejo J, Martínez J, Aranda J M, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria*. 1997; 20:3-11.
45. Brugulat P, Séculi E, Medina A, Juncá S, Martínez V, Martínez D, et al. Encuesta de salud de Cataluña. Percepción de la salud, utilización y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clí (Bar)*. 2003; 121:122-7.
46. Martín F, Reig A, Ferrer R, Sarró F. Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrología*. 2004; XXIV:192-3.

ANEXO 1. Investigadores del Grupo corporativo estudio ATEM-AP

Nombre y apellidos	Centro de trabajo
Margarita Criado Larumbe	Unidad docente Medicina Familiar y Comunitaria/IMIBIC (Córdoba)
Modesto Pérez Díaz	Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir (Córdoba)
Gabriel Romera	UGC Lucena (Córdoba)
Antonio Hidalgo	UGC Lucena (Córdoba)
Antonia Martínez Orozco	UGC Levante norte(Córdoba)
Santiago Cruz Velarde	UGC Bélmez (Córdoba)
Juan Ignacio González	UGC Villanueva del Rey (Córdoba)
Manuela Urbano Priego	UGC Huerta Reina (Córdoba)
Mª Dolores Serrano Priego	UGC Huerta Reina (Córdoba)
Caridad Dios Guerra	UGC Occidente (Córdoba)
Mª Jesús Ocaña Jiménez	UGC Huerta Reina (Córdoba)
Juan Manuel Parras Rejano	Consultorio de Peñaflores (Sevilla)/IMIBIC
Maria Reyes Martínez	UGC Fuensanta (Córdoba)
Ana Roldán Villalobos	UGC Huerta Reina (Córdoba)/IMIBIC
Rafaela Muñoz Gómez	UGC Sector Sur (Córdoba)
Mª Reyes Martínez Guillén	UGC Fuensanta (Córdoba)
Estrella Castro Martín	UGC Occidente (Córdoba)
Alicia Álvarez Limpo	UGC Lucena (Córdoba)
Mª José Acosta García	Consultorio de Adamuz (Córdoba)/IMIBIC
Ana Mª Pérez Trujillo	UGC Santa Rosa (Córdoba)
Isabel de Andrés Cara	UGC Levante sur (Córdoba)
Antonio León Dugo	UGC Levante sur (Córdoba)
Miriam Amian Novales	UGC Rute (Córdoba)
Cristina Aguado Taberné	UGC Santa Rosa (Córdoba)
Enrique Moreno Salas	UGC Santa Rosa (Córdoba)
Adela Molina Luque	UGC Levante norte (Córdoba)
Antonio José Valero Martín	Consultorio de Villafranca de Córdoba (UGC Bujalance)
Rafael Bejarano Cielos	UGC Santa Rosa (Córdoba)
Jose Angel Fernández García	Consultorio de Villarrubia. UGC Occidente (Córdoba)/IMIBIC
Inmaculada Olaya Caro	Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir/IMIBIC (Córdoba)
Carlos José Pérula de Torres	Consultorio de Villaviciosa -UGC La Sierra-/IMIBIC (Córdoba)
Jesús González Lama	UGC Cabra (Córdoba)/IMIBIC
Alfonsa Martín Cuesta	Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir (Córdoba)

ANEXO 2. Láminas para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (láminas de COOP - WONCA)

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

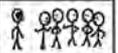
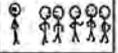
Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor		++	1
Un poco mejor		+	2
Igual, por el estilo		=	3
Un poco peor		-	4
Mucho peor		--	5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Malá		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

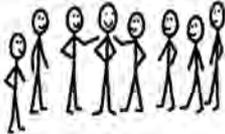
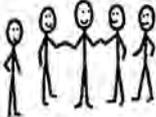
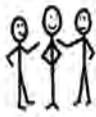
Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Apoyo social

Durante las dos últimas semanas...
 ¿Había alguien dispuesto a ayudarte si lo necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo.

- se encontraba nervioso, sólo o triste
- caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- necesitaba hablar con alguien
- necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- necesitaba ayuda para cuidar de si mismo

Si, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme		1
Si, bastante gente		2
Si, algunas personas		3
Si, había alguien		4
No, nadie en absoluto		5

Calidad de vida

¿Que tal han ido las cosas durante las últimas dos semanas?

Estupendamente: no podían ir mejor	1
Bastante bien	2
A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales.	3
Bastante mal	4
Muy mal: no podían haber ido peor	5

ORIGINAL

Valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria

Sánchez Vico AB¹, Sánchez Vico M^aD²,
Castillo Díaz R³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
ZBS Andújar. AGS Norte de Jaén

²Enfermera UGC Urgencias. Hospital San Agustín
de Linares (Jaén)

³Enfermero UGC Urgencias. Hospital San Agustín
de Linares (Jaén)

CORRESPONDENCIA

Ana Belén Sánchez Vico
CS Virgen de la Cabeza
C/ Fernando Quero, s/n
23740 Andújar (Jaén)
E-mail: belen_sv@hotmail.com

Recibido el 10-02-2015; aceptado para publicación el 04-06-2015
Med fam Andal. 2015; 2: 125-134

PALABRAS CLAVE

Atención primaria, artrosis de rodilla, valoración nutricional.

RESUMEN

Título: valoración nutricional de pacientes mayores con gonartrosis en Atención Primaria.

Objetivo: conocer el estado nutricional de pacientes con gonartrosis mayores de 65 años en un centro de salud urbano.

Diseño: estudio observacional descriptivo por reclutamiento.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: la muestra se obtuvo mediante reclutamiento de los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de gonartrosis, según los criterios del American College of Rheumatology (ACR), que acudieron a la consulta de su médico de familia durante el primer semestre del año. De 78 pacientes, en total participaron 67 pacientes.

Intervenciones: se recogió perfil sociodemográfico, evaluación antropométrica (peso, talla, IMC, circunferencia del brazo y de la pantorrilla), índice de Barthel, Minimental test, mini-nutritional assesment (MNA) y entrevista cualitativa/cuantitativa nutricional.

Resultados: de los 67 pacientes estudiados, 57 eran mujeres y 10 eran hombres con una edad media de $73,3 \pm 5,9$ años. El IMC medio obtenido mostraba tendencia a ser mayor en las mujeres ($31,1 \pm 4,5$ vs $29,3 \pm 4,0$ $p = 0,233$) las cuales se situaban en rango de obesidad (IMC >30) en mayor proporción que los varones ($59,6\%$ vs 30%). La puntuación media obtenida del test MNA fue de 24,17 puntos (indicador de un buen estado nutricional medio) sin que existieran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p = 0,06$).

Conclusiones: la obesidad y el sexo femenino predominan en los pacientes con gonartrosis en nuestra muestra. La ingesta por término medio se encuentra por encima de las recomendaciones para casi todos los nutrientes analizados. Según el MNA, puede considerarse en riesgo de malnutrición al 40,3% de la muestra. Sólo un 10% de las mujeres seguían algún tipo de tratamiento farmacológico y/o dietético contra la obesidad.

KEYWORDS

Primary care, knee osteoarthritis, nutritional assessment.

SUMMARY

Title: Nutritional assessment of elderly patients with osteoarthritis of the knee in primary care.

Aim: To determine the nutritional status of patients aged 65 and over with knee osteoarthritis in an urban health care centre.

Design: A descriptive, observational study carried out by recruitment.

Setting: Urban health care centre.

Population and sample: The sample was obtained from recruitment of patients aged 65 and over, diagnosed of knee osteoarthritis (according to ACR criteria), who visited their family physician during the first six months of the year. A total of 67 patients out of 78 participated in the study.

Interventions: Socio-demographic profile data were collected and anthropometric measurements (weight, height, BMI and mid-upper arm and calf circumferences), Barthel index, Mini-Mental State Examination (MMSE) and Mini-Nutritional Assessment (MNA) tests were conducted, as well as qualitative/quantitative nutritional interviews.

Results: 57 out of the 67 patients studied were women and 10 were men, with an average age of 73.3 ± 5.9 years. Mean BMI shows a tendency towards higher rates in women (31.1 ± 4.5 vs. 29.3 ± 4.0 $p = 0.233$), thus falling within the obese range (BMI >30) in greater proportion than males (59.6% vs. 30%). Average MNA test score was 24.17 points (indicator of a healthy nutritional status) with no statistically differences observed between men and women ($p = 0.06$).

Conclusions: Obesity and the female sex were predominant factors in our sample of patients with knee osteoarthritis. Average intake is above recommended levels for most nutrients analysed. According to MNA scores, 40.3% of the sample may be considered at risk for malnutrition. Only 10% of women were on some kind of pharmacological or dietary treatment.

INTRODUCCIÓN

La artrosis de rodilla supone un problema importante de salud pública, tanto por su prevalencia (del 10,2% en la población general -con un pico de hasta el 33,7% entre los 70 y los 79 años-), como por los costes que genera en cuanto a tratamientos, prótesis o incapacidad (1).

En la actualidad, unos 2 millones de españoles presentan una artrosis sintomática de rodilla. Esta cifra tiende a aumentar, y se calcula que para el 2020 alcanzará los 2.300.000 habitantes (2). Al tratarse de una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva, constituye además de un motivo habitual de consulta médica, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida (3).

Consiste en un proceso articular caracterizado por la degeneración y pérdida focal progresiva del cartílago hialino articular que se acompaña de una reacción ósea hipertrófica en el hueso subcondral y en los márgenes de la articulación (4). La progresión de esta enfermedad es lenta y tiene una etiología múltiple que implica entre otros al envejecimiento y la obesidad como algunos de los factores que favorecen su desarrollo (4,6).

En numerosos estudios epidemiológicos se ha constatado la relación entre la obesidad y la artrosis (tanto en su aparición como en su posterior progresión) y también entre artrosis y envejecimiento, aunque el mecanismo de la asociación entre ambos es poco conocido. Está demostrado que la artrosis de rodilla se manifiesta, principalmente en las mujeres, en edades avanzadas de la vida y que la gravedad de la enfermedad también aumenta con la edad (5, 7). También se conoce que la población con un índice de masa corporal (IMC) elevado está en alto riesgo de cambios radiológicos de artrosis de rodilla, sobre todo las mujeres (8). En la actualidad sólo hay evidencias probadas de la relación entre obesidad y artrosis de rodilla, especialmente tibiofemoral, aunque no se conoce todavía los mecanismos de esta asociación. Como mecanismos etiopatogénicos del efecto de la obesidad sobre la artrosis de rodilla se han implicado además de factores mecánicos, también factores genéticos, metabólicos, alteraciones de la alineación, alteraciones de la potencia del cuádriceps y la inestabilidad ligamentosa. Se

están realizando investigaciones sobre las adipocinas sintetizadas por los adipocitos (entre ellas especialmente la leptina, adiponectina y resistina) que estarían implicadas en la destrucción del cartílago y la aparición de osteofitos (9). Además se ha demostrado que el nivel de adipocinas es superior en la mujer (10). En la misma línea de investigación hay estudios que nos muestran que perder peso puede favorecer la mejoría de lesiones del cartílago, disminuir el dolor, mejorar el alineamiento de la articulación y aumentar la velocidad de la marcha (11, 12, 13, 14, 15). Además, existen controversias respecto al papel de diversos nutrientes como las vitaminas C y D en la artrosis que tendrían un papel protector por su efecto antioxidante (16,17). Estudios anteriores de corta duración, habían sugerido que la vitamina C podría proteger contra la osteoartritis. Sin embargo, en un estudio reciente (18), se ha comprobado que la exposición prolongada a altas dosis de vitamina C, empeora la osteoartritis de rodilla en cobayos dado que la vitamina C activa el factor beta transformante del crecimiento (TGF- beta) y la exposición crónica intraarticular a este factor, aumenta la formación de osteofitos, lo que explica el empeoramiento de la artrosis en estos modelos animales. Este estudio subraya los potenciales efectos nocivos de la ingesta de dosis altas de vitamina C y sugiere que la dieta normal no debería suplementarse con compuestos adicionales de esta vitamina que superen las cantidades diarias recomendadas. El bajo consumo y los niveles séricos bajos de vitamina D, se relacionan con un riesgo aumentado de progresión de la osteoartritis de rodilla. La vitamina D además de un potente regulador de la homeostasis del calcio, tiene efectos inmunomoduladores. En el estudio Framingham (19) los pacientes con niveles bajos de vitamina C y los pacientes con niveles bajos de vitamina D presentaban una mayor progresión radiográfica de artrosis (13,20). Sin embargo, en estudios posteriores se ha visto que la vitamina D no parece estar relacionada con el riesgo de pérdida de cartílago articular en la artrosis de rodilla (16). En trabajos recientes, la vitamina E no parece tener efecto beneficioso en el manejo de la osteoartritis de rodilla ya que no afecta al volumen del cartílago ni a los síntomas de la enfermedad (21). En cuanto a la vitamina k, un estudio avala la hipótesis de que existe una asociación entre bajos niveles de esta vitamina e

incremento de la prevalencia de manifestaciones clínicas de gonartrosis (22).

La motivación para este estudio surge al considerar que cualquier investigación que se acerque a este tema reviste gran importancia ya que permite valorar el efecto de la nutrición y la intensidad con que actúan condiciones específicas de vida, sociales, familiares o personales sobre la salud del individuo o de la comunidad, permitiendo así orientar dichas condiciones y establecer proyectos de intervención.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realiza un diseño observacional descriptivo transversal para la realización del estudio. La muestra se obtuvo mediante reclutamiento de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de artrosis de rodilla que acudieron a la consulta de su médico de familia en el primer semestre del año. Sobre una base poblacional de 313 individuos de ambos sexos mayores de 65 años, 78 presentaban diagnóstico de artrosis de rodilla según los criterios del American College of Rheumatology (ACR).

De 78 pacientes, en total participaron 67 pacientes. A todos los pacientes se les solicitó su consentimiento verbal y por escrito para participar en el estudio. Se realizó una caracterización de la muestra valiéndonos de una encuesta general empleando la técnica de entrevista estructurada elaborada al efecto por los autores de la investigación, la cual se aplicó en la consulta inicial. Se recogió la aprobación de los pacientes a participar en el mismo en un documento firmado donde se recogía la información difundida, enfatizando el carácter voluntario de la entrada del paciente. Se mantuvo una entrevista individual con quienes aceptaron y se revisó su historia clínica a través del programa informático DIRAYA para comprobar y completar los datos. Los criterios de exclusión fueron: osteoartritis de causas secundarias, pacientes con antecedentes de haber presentado otras patologías en la rodilla diferentes de la artrosis, pacientes con enfermedades de base descompensadas, con enfermedades infecciosas graves, neoplasias u otras que comprometieran su estado general, residencia fuera del Área de Salud de Jaén,

negativa a participar en el estudio y pacientes institucionalizados.

Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, número de hijos, hogar, ocupación desempeñada anteriormente e ingresos del hogar), evaluación antropométrica (peso, talla, IMC, circunferencia braquial y circunferencia de la pantorrilla), índice de Barthel, Miniexamen Cognoscitivo de Lobo, el Mini Nutricional Assessment (MNA) de valoración del riesgo nutricional y una entrevista cualitativa/cuantitativa nutricional.

Se realizó un análisis cualitativo de los datos por métodos descriptivos e inferenciales empleándose los paquetes estadísticos SPSS, versión 15.0. En el análisis descriptivo las variables continuas se expresan como medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación típica) y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas (n y %). En el análisis inferencial, se mide la asociación entre variables cualitativas (estado nutricional y sexo) con el test Chi-Cuadrado de Pearson o test de Fisher en caso de que más del 20% de las frecuencias esperadas en la tabla de contingencia sean inferiores a 5. En el caso de variables cuantitativas se utilizó el test de Levene para contrastar homogeneidad de varianzas previo al test t de Student y ANOVA para asociación entre 2 categorías o más. Para

todos los contrastes se consideró un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Se realiza una valoración nutricional a pacientes mayores de 65 años con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de gonartrosis que acudieron a la consulta de su médico de familia. De los 67 pacientes que constituyen la muestra analizada, 57 eran mujeres y 10 eran hombres con una edad media de $73,3 \pm 5,9$ años ($74,7 \pm 4,3$ años en hombres y $73,0 \pm 6,2$ años en mujeres) sin que existan diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,424$). En nuestra muestra el grupo de edad que engloba más de la mitad de los pacientes en ambos sexos (59.7%) corresponde al comprendido entre los 65 y los 74 años. Mientras que los hombres se distribuyen por igual entre los rangos de 65-74 y 75-84 años, el rango de edad más frecuente en las mujeres es el de los 65-74 años (figura 1).

En la tabla 1 se recogen todas las características sociodemográficas de la población de estudio. Destaca que la mayoría de los pacientes (67,2%) eran casados (todos los hombres y el 61,4% de las mujeres tenían este estado civil en el momento del estudio); le sigue el estado de

Figura 1. Distribución de la muestra por rangos de edad y sexo

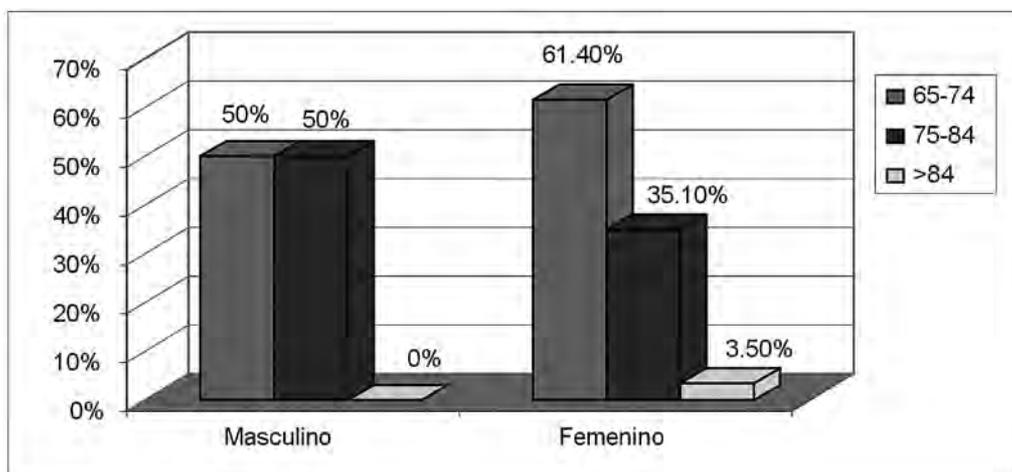


Tabla 1. Principales características sociodemográficas

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		p
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
ESTADO CIVIL							
Casado	100	(10)	61,4	(35)	67,2	(45)	p = 0,024
Viudo	0		36,8	(21)	31,3	(21)	
Separado	0		1,8	(1)	1,5	(1)	
NÚMERO DE HIJOS							
Ninguno	0		7	(4)	6	(4)	p = 0,392
Uno	10	(1)	3,5	(2)	4,5	(3)	
Dos	20	(2)	19,3	(11)	19,4	(13)	
Tres	20	(2)	33,3	(19)	31,3	(21)	
Cuatro	30	(3)	19,3	(11)	20,9	(14)	
> Cuatro	20	(2)	17,5	(10)	17,9	(12)	
HOGAR							
Vive solo	0		29,8	(17)	25,4	(17)	p = 0,055
Vive con familiares	100	(10)	70,2	(40)	74,6	(50)	
OCUPACIÓN							
Ama de casa	0		73,7	(42)	62,7	(42)	-
Comerciante	10	(1)	0		1,5	(1)	
Obrero	20	(2)	0		3	(2)	
Trab. Agrícola	20	(2)	0		3	(2)	
Empleado	30	(3)	21,1	(12)	22,4	(15)	
Técnico	10	(1)	0		1,5	(1)	
Prof. Libre	10	(1)	0		1,5	(1)	
Funcionario	0		3,5	(2)	3	(2)	
Otros	0		1,8	(1)	1,5	(1)	
INGRESOS							
<500 euros	10	(1)	26,3	(15)	23,9	(16)	p = 1,000
500-1000 euros	50	(5)	35,1	(20)	37,3	(25)	
>1000 euros	40	(4)	38,6	(22)	38,8	(26)	

viudedad (36,8% de las mujeres) y después el de separado (1,8% de las mujeres); encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre

estas variables. Con respecto al número de hijos destaca el tener 3 (31,3%) o 4 hijos (20,9%) y un 17,9% de la muestra que tienen más de 4 hijos.

En nuestra muestra el 100% de los hombres vivían con familiares, mientras que un 29,8 % de las mujeres vivían solas. Mientras que el 73,7% de las mujeres fueron amas de casa durante su vida activa, el empleo con mayor frecuencia desempeñado por los hombres fue como empleado (30%), seguido de obrero y trabajador agrícola con un 20% respectivamente. Con respecto a los ingresos económicos, en el estudio se decidió preguntar por dicha cuestión por considerar que la economía familiar es la que determina la cesta de la compra. Así, vemos que el 38,8% refieren ingresos mensuales superiores a los 1000 euros, el 37,3% entre 500 euros y 1000 euros, mientras que el 23,9% no superan los 500 euros mensuales, sin que existan diferencias estadísticamente significativas por sexo.

En la tabla 2 se pueden observar las principales características antropométricas de la muestra estudiada. Los valores antropométricos encontrados, muestran diferencias estadísticamente significativas entre sexos respecto al peso ($p = 0,049$) y la talla ($p < 0,001$), pero no con respecto al resto de los parámetros estudiados.

Al analizar los resultados obtenidos tras la aplicación del índice de Barthel se obtuvo que el 88,1% de la muestra era independiente para la realización de las actividades de la vida diaria básicas (AVD-B) y que tan sólo el 11,9% de la muestra era dependiente leve. No encontramos diferencias estadísticamente significativas según

el sexo ($p = 0,341$). La puntuación media del índice de Barthel fue de $99,2 \pm 2,1$.

El 82,1% de la muestra presentaba una capacidad cognitiva normal o con sospecha de deterioro cognitivo siendo el porcentaje en mujeres (80,7%) menor que en hombres (90%) sin que existieran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,570$). Mientras que el 19,3% de las mujeres presentaba deterioro cognitivo moderado, sólo el 10% de los hombres lo presentaba, aunque las diferencias encontradas tampoco fueron estadísticamente significativas.

La puntuación media obtenida del test MNA fue de 24,17 puntos (indicador de un buen estado nutricional medio) sin que existieran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p = 0,06$). La puntuación media en el caso de los hombres se corresponde con un buen estado nutricional, mientras que en el caso de las mujeres se encuentra en torno al valor de corte para definir un buen estado nutricional (≥ 24 puntos). En la tabla 3, se recoge la clasificación de la muestra según el test MNA. De los 67 pacientes, se podrían considerar en riesgo de malnutrición a 27 pacientes (40,3%), siendo mayor el porcentaje en las mujeres que el de los hombres y se puede considerar como bien nutridos los 40 restantes (59,7%).

Los resultados obtenidos tras la entrevista dietética mostraron que el 50,7% realizaban 3 comidas

Tabla 2. Características antropométricas de la muestra

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	p
PESO (kg)	80,2±12,9	72,7±10,4	73,9±11,0	p = 0,049
TALLA (cm)	165,1±4,2	152,8±5,3	154,7±6,7	p < 0,001
IMC (kg/m ²)	29,3±4,0	31,1±4,5	30,8±4,5	p = 0,233
CIRCUNFERENCIA BRAZO (cm)	28,3±2,0	29,4±4,0	29,2±3,8	p = 0,382
CIRCUNFERENCIA PIERNA (cm)	35,9±2,7	35,4±4,0	35,5±3,8	p = 0,721

Tabla 3. Clasificación del estado nutricional según el test MNA

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	p
	% (n)	% (n)	% (n)	
EN RIESGO DE MALNUTRICIÓN	30 (3)	42,1 (24)	40,3 (27)	p = 0,728
BIEN NUTRIDO	70 (7)	57,9 (33)	59,7 (40)	

diarias, siguiéndole un 26,9% con 4 comidas diarias, no existiendo diferencias significativas entre sexos ($p = 0,305$). Ningún paciente estudiado realizaba menos de 3 comidas al día. Un 29,9% de la muestra estudiada tenía por costumbre picar entre comidas, siendo este porcentaje mayor en el caso de los hombres con respecto a las mujeres ya que hasta un 71,9% de ellas afirmaba no tener este hábito, aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p = 0,470$). De los hombres del estudio, ninguno preparaba por él mismo la comida mientras que sí lo hacían el 96,5% de las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente bastante significativas ($p < 0,001$). Con respecto a la compra, el 40% de los hombres se encargaba de realizarla, siendo este porcentaje inferior al de las mujeres (78,9%), existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p = 0,018$). El 67,2% de los sujetos analizados seguían algún tipo de tratamiento dietético, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p = 0,069$). También cabe destacar que sólo un 10,5% de las mujeres y ninguno de los hombres valorados refirió seguir tratamiento alguno para la obesidad.

Los datos obtenidos de la encuesta alimentaria se muestran en la tabla 4, donde podemos apreciar que la cantidad media de kilocalorías ingeridas es de 2081 kcal, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p = 0,682$). La ingesta media de proteínas es de 96 g/día, valor superior al de las DRIS (Dietary reference intake) en ambos sexos. En lo que respecta a los micronutrientes, tampoco se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

DISCUSIÓN

El marcado predominio del sexo femenino en la muestra estudiada concuerda con otros estudios sobre osteoartritis que señalan también una mayor frecuencia de afectación en el sexo femenino sobre todo después de la quinta década de vida (23). En el estudio ARTROCAD (2), realizado para valorar el consumo de recursos sanitarios y repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en Atención Primaria, el 75% de la muestra era mayor de 65 años y el 74% pertenecía al género femenino, siendo la edad media de los sujetos participantes afectados de artrosis de rodilla de 71 ± 9 años. En otro estudio realizado para evaluar las características de los pacientes con gonartrosis en el área de salud de Toledo (24), la edad media de los 99 pacientes estudiados (80,8% mujeres) era de unos $68 \pm 9,3$ sin encontrarse diferencias por sexo. En nuestro estudio, el 22,8% de las mujeres y el 50% de los hombres de la muestra presentaban sobrepeso (IMC 27-30 kg /m²) y el 59,6% de las mujeres y el 30% de los hombres presentaban obesidad con un IMC superior a 30 kg/m². Nuestro trabajo parece concordar con los datos encontrados en la literatura en cuanto a relacionar a la artrosis de rodilla con una preponderancia en el sexo femenino y una relación con la obesidad, aunque este último dato no podemos afirmarlo taxativamente debido al diseño de nuestro estudio y al pequeño tamaño muestral.

Respecto a la capacidad funcional evaluada por el test de Barthel, más del 88% de los mayores eran independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, lo cual nos da idea

Tabla 4. Resultados de la ingesta dietética

	HOMBRES	% DRIS	MUJERES	% DRIS	DRIS > 70 a	
					♂	♀
ENERGÍA (Kcal)	2135,5±514,7	-	2072,0±438,3	-	-	-
PROTEÍNAS (g)	95,3±25,8	170%	96,9±19,3	210%	56	46
LÍPIDOS (g)	85,1±26,0	-	78,8±26,0	-	-	-
HC (g)	250,5±58,0	192%	252,3±58,7	194%	130	
FIBRA (g)*	24,2±11,8	80%	25,6±7,4	121%	30	21
COLESTEROL (mg)	361,8±145,6	-	321,3±175,8	-	-	-
AGUA (ml)	1289,3±394,3	-	1733,9±1963,7	-	-	-
SODIO (mg)	2498,0±945,2	-	2360,0±711,6	-	-	-
POTASIO (mg)	3597,5±1425,0	-	3224,6±664,3	-	-	-
CALCIO (mg)*	1252,2±256,9	100%	1314,9±384,5	109%	1200	
FÓSFORO (mg)	1432,1±414,7	204%	1403,4±303,9	200%	700	
MAGNESIO (mg)	363,7±127,8	86%	358,5±86,8	112%	420	320
HIERRO (mg)	17,7±7,6	221%	16,1±3,6	201%	8	
CINC (mg)	16,4±7,5	149%	12,9±7,4	161%	11	8
YODO (µg)	209,5±160,0	139%	148,9±113,4	99%	150	
VITAMINA A (µg)	867,9±369,9	96%	763,0±291,4	109%	900	700
VITAMINA D* (µg)	17,9±40,2	119%	4,9±5,8	32%	15	
VITAMINA E (mg)	10,1±5,0	67%	9,6±2,8	64%	15	
VITAMINA B12 (µg)	11,8±11,1	491%	9,2±5,5	383%	2,4	
VITAMINA C (µg)	144,0±73,1	160%	177,1±86,6	236%	90	75

*DRIS (Dietary reference intake). Fuente: Normativa y recomendaciones nutricionales de Novartis, 2002.

del grado de independencia en general de la muestra para su propio manejo en el día a día, aunque todo ello puede verse influido por la

propia selección de la muestra, al tratarse todos ellos de pacientes ambulatorios que acuden a su Centro de Salud.

El 82% de la muestra presentaba una capacidad cognitiva normal o sospecha de deterioro cognitivo, evaluada a través del Mini mental test de Folstein. No obstante, debemos incidir en que estos resultados pueden verse influenciados por el nivel cultural de la muestra. Dada la escasez, en nuestro país, de estudios sobre pacientes con gonartrosis en el ámbito ambulatorio, no podemos comparar estos resultados.

El riesgo de malnutrición (prevalencia, causas y consecuencias) en pacientes mayores es conocido y ha sido largamente estudiado a nivel hospitalario y de instituciones geriátricas, pero a nivel de Atención Primaria los estudios son menos numerosos. Tras la aplicación del MNA, se puede considerar en riesgo de malnutrición al 40,3% de la muestra y como bien nutridos al 59,7% de la misma.

Con respecto a la valoración dietética, la ingesta de la muestra, por término medio, se encontraba por encima de las recomendaciones para casi todos los macro y micronutrientes analizados. Si se comparan estos resultados con los encontrados en el ESTUDIO EURONUT-SENECA (25) sobre el consumo cuantitativo y cualitativo de alimentos, ingesta de energía y nutrientes en un grupo de edades comprendidas entre 71 y 80 años, se puede observar resultados bastante similares.

Los datos obtenidos de la entrevista dietética nos indican que ningún hombre y sólo un 10% de las mujeres seguían algún tipo de tratamiento farmacológico y/o dietético contra la obesidad. Quizás sea necesario enfatizar la concienciación social respecto a esta enfermedad, ya que la evidencia actual parece indicar que la obesidad aumenta el riesgo de osteoartritis de rodillas.

Los resultados obtenidos en el estudio apoyan el interés de utilizar métodos para determinar el estado nutricional en consultas de Atención Primaria como paso previo para intervenciones nutricionales. Sería interesante la realización de nuevos trabajos dirigidos a conocer la influencia de la dieta sobre la evolución de la gonartrosis así como de estudios comparativos con muestras de características similares con pacientes con y sin gonartrosis, dirigidos a evaluar estas conclusiones.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Batlle-Gualda E. Artrosis e investigación: ¿una asignatura pendiente? *Rev Esp Reumatol.* 2002; 29: 427-9.
- 2.- Batlle-Gualda E. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. *Rev Esp Reumatol.* 2005; 32: 22-7.
- 3.- Góngora Cuenca YL, Friol González JE, Rodríguez Boza EM, González Roig JL, Castellanos Suárez M, Álvarez Acosta R. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. *Revista Cubana de Reumatología.* 2006; 8: 23-42. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/85/104>
- 4.- Francisco Ballesteros J. Artrosis, manejo en Atención Primaria. *Reumatología.* 2005; 21:226-228.
- 5.- Peña Ayala AH, Fernández-López JC. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumatol Clin.* 2007; Supl 3:S6-12.
- 6.- Salas Siado J. Osteoartritis degenerativa. *Medyweb.* 2001: 1-4.
- 7.- Holmberg S, Thelin A, Thelin N. Knee osteoarthritis and body mass index: a population-based case-control study. *Scand J Rheumatol.* 2005; 34:59-64.
- 8.- Gurt Daví A, Moragues Pastor C, Palau González J, Rubio Terrés C. Evidencia científica en artrosis: manual de actuación. Madrid: IM&C; 2006.
- 9.- Teichtahl AJ, Wluka AE, Proietto J, Cicuttini FM. Obesity and the female sex, risk factors for knee osteoarthritis that may be attributable to systemic or local leptin biosynthesis and its cellular effects. *Med Hypotheses.* 2005; 65: 312-5.
- 10.- Miller GD, Nicklas BJ, Davis C, Loeser RF, Lenchik L, Messier SP. Intensive weight loss program improves physical function in older obese adults with knee osteoarthritis. *Obesity (Silver Spring).* 2006; 14:1219-30.
- 11.- Messier SP, Loeser RF, Miller GD, Morgan TM, Rejeski WJ, Sevick MA, Ettinger WH Jr, Pahor M, Williamson JD. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. *Arthritis Rheum.* 2004; 50:1501-10.
- 12.- Christensen R, Astrup A, Bliddal H. Weight loss: the treatment of choice for knee osteoarthritis? A randomized trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2005; 13: 20-7.

- 13.- Huang MH, Chen CH, Chen TW, Weng MC, Wang WT, Wang YL. The effects of weight reduction on the rehabilitation of patients with knee osteoarthritis and obesity. *Arthritis Care Res.* 2000; 13:398-405.
- 14.- Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2007; 66: 433-9.
- 15.- Felson DT, Niu J, Clancy M, Aliabadi P, Sack B, Guermazi A, Hunter DJ, Amin S, Rogers G, Booth SL. Low levels of vitamin D and worsening of knee osteoarthritis: results of two longitudinal studies. *Arthritis Rheum.* 2007; 56: 129-36.
- 16.- McAlindon TE, Jacques P, Zhang Y, Hannan MT, Aliabadi P, Weissman B, Rush D, Levy D, Felson DT. Do antioxidant micronutrients protect against the development and progression of knee osteoarthritis? *Arthritis & Rheumatism.* 1996; 39: 648-656.
- 17.- Kraus VB, Huebner JL, Stabler T, Flahiff CM, Setton LA, Fink C et al. Ascorbic acid increases the severity of spontaneous knee osteoarthritis in a guinea pig model. *Arthritis Rheum.* 2004; 50:1822-31.
- 18.- Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and knee osteoarthritis. The Framingham study. *Ann Intern Med.* 1988; 109: 18-24.
- 19.- McAlindon TE, Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Aliabadi P, Weissman B, Rush D, Wilson PW, Jacques P. Relation of dietary intake and serum levels of vitamin D to progression of osteoarthritis of the knee among participants in the Framingham Study. *Ann Intern Med.* 1996; 125: 353-9.
- 20.- Wluka AE, Stuckey S, Brand C, Cicuttini FM. Supplementary vitamin E does not affect the loss of cartilage volume in knee osteoarthritis: a 2 year double blind randomized placebo controlled study. *J Rheumatol.* 2002; 29:2585-91.
- 21.- Brand C, Snaddon J, Bailey M, Cicuttini F. Vitamin E is ineffective for symptomatic relief of knee osteoarthritis: a six month double blind, randomised, placebo controlled study. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60:946-9.
- 22.- Neogi T, Booth SL, Zhang YQ, Jacques PF, Terkeltaub R, Aliabadi P, Felson DT. Low vitamin K status is associated with osteoarthritis in the hand and knee. *Arthritis Rheum.* 2006; 54: 1255-61.
- 23.- Carmona L, Gabriel R, Ballina FJ, Laffón A, GRUPO de ESTUDIO EPISER. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol.* 2001; 28: 18-25.
- 24.- Villarín Castro A, Martín Aranda P, Hernández Sanz A, García Ballesteros JG, López Camacho C, Torres Parada LG, Moreno Álvarez-Vijande A, López de Castro F. Características de los pacientes con Gonartrosis en un Área de Salud. *Rev Clín Med Fam.* 2007; 2: 63-67.
- 25.- Del Pozo S, Cuadrado C, Moreiras O. Cambios con la edad en la ingesta dietética de personas de edad avanzada. Estudio Euronut-SENECA. *Nutr Hosp.* 2003; 18: 348-352.

ANEXO I. Criterios diagnóstico de gonartrosis del American College of Rheumatology (ACR)

Usando criterios Clínicos:

- Mayor de 50 años.
- Rigidez matinal de menos de 30 minutos.
- Crepitaciones óseas.
- Sensibilidad ósea (dolor a la palpación de los márgenes articulares).
- Engrosamiento óseo de la rodilla.
- Sin aumento de temperatura local al tocar.

La presencia de 3 de estos 6 criterios tienen una sensibilidad de 95% y una especificidad de 69%.

Usando clínica y radiología:

Dolor en la rodilla más radiografía con osteofitos y a lo menos 1 de los siguientes:

- Edad mayor de 50 años.
- Rigidez menor de 30 minutos.
- Crujido articular.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% y especificidad de 86%.

ORIGINAL BREVE

Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas?

Rojas Lucena IM^a

*Médico de Familia. UGC Los Palacios San Isidro.
Los Palacios y Villafranca (Sevilla)*

CORRESPONDENCIA

Isabel M^a Rojas Lucena
UGC Los Palacios San Isidro
C/. Reales Alcázares, s/n
41720 Los Palacios y Villafranca (Sevilla)
E-mail: isabelrolu@gmail.com

Recibido el 26-05-2014; aceptado para publicación el 15-05-2015
Med fam Andal. 2015; 2: 135-143

PALABRAS CLAVE

Derivación de pacientes, atención primaria.

RESUMEN

Título: evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas?

Objetivos: conocer la tasa de derivación (TD), describir y analizar la distribución de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada.

Diseño: estudio epidemiológico observacional descriptivo, transversal retrospectivo.

Emplazamiento: UGC "San Isidro" Los Palacios (Sevilla).

Población y muestra: la Unidad de estudio la conformaron las derivaciones realizadas desde una consulta de Atención Primaria a Atención Especializada a través del programa DIRAYA, durante seis meses del año 2013. Se excluyeron las derivaciones urgentes y las realizadas en periodo vacacional del profesional.

Resultados: durante nuestro periodo de estudio se realizaron 5149 visitas médicas y se realizaron un total de 248 derivaciones. La edad media de los pacientes derivados fue 49,7 años. El 58,5% de los pacientes derivados fueron mujeres.

La tasa de derivación (TD) por visitas en los 6 meses de estudio fue de 4,8% (4,22%; 5,38%). Las especialidades a las que se derivó con más frecuencia fueron traumatología (21,4%) oftalmología (15,3%) y dermatología (14,1%). Los principales motivos de derivación fueron algias osteomusculares, lesiones dérmicas y disminución de la agudeza visual. El 91,1% de los pacientes derivados acudieron a su cita con el especialista y al 60,6 de ellos se les dio el alta en este nivel asistencial.

Conclusiones: los resultados obtenidos fueron concordantes con los publicados en la literatura por lo que pudieran no existir sesgos importantes que distorsionen los resultados y comprometan la validez interna del estudio.

KEYWORDS

Patient Referral, Primary Care.

SUMMARY

Title: Evaluating referrals from primary to specialised medical care. Are they being overused?

Aims: To determine referral rates (TD) and to describe and analyse the distribution of referrals made from primary to specialised medical care.

Design: An epidemiological, observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study.

Setting: "San Isidro" Unit of Clinical Management. Los Palacios (Seville).

Population and sample: The unit of analysis was made up of the referrals made from one primary care office to specialist care, via DIRAYA system, over a period of six months. Urgent referrals and those made on holiday period were excluded.

Results: 5149 office visits were made during our study period and a total of 248 referrals. Mean age of patients being referred was 49.7 years. 58.5% of patients referred were women.

Referral rate per 100 visits was 4.8 (4.22 - 5.38). The most frequent specialties which patients were referred to were traumatology (21.4%), ophthalmology (15.3%) and dermatology (14.1%). The most common reasons for referral were musculoskeletal pain, skin lesions and decreased visual acuity. 91.1% of patients referred to specialist care attended their appointment and 60.6% of these were discharged at this level of care.

Conclusions: Results were consistent with those reported in the literature, thus suggesting there may be no significant bias distorting results and compromising internal validity of the study.

INTRODUCCIÓN

Las derivaciones suponen el acceso a la Atención Especializada desde el primer nivel asistencial, la Atención Primaria. El médico de Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y deriva al especialista cuando el problema excede su capacidad de resolución⁽¹⁾. Los médicos de Atención Primaria recurren a las derivaciones en pacientes que plantean dudas diagnósticas o terapéuticas, que requieren pruebas, estudios o tratamientos especializados que no se pueden solicitar en el primer nivel asistencial^{(1),(2),(3)}, para solicitar revisiones y en algunas ocasiones por petición del propio paciente o de sus familiares.

Algunos estudios consideran que el número de derivaciones solicitadas por un médico de Atención Primaria tiene relación con las características de la población a la que atiende, con la demanda asistencial⁽⁴⁾, el exceso de pacientes, la falta de tiempo para atenderlos⁽⁵⁾ e incluso con las características de los profesionales que las realizan^{(6),(7),(8)}. No obstante, la mayor tasa de derivación no parece guardar relación con una menor formación del médico de familia, de hecho hay autores que afirman que los médicos más formados serían los que más derivaciones realizarían^{(9),(10),(11)}.

La capacidad resolutoria es considerada una de las funciones de la Atención Primaria como primer nivel asistencial y algunos estudios le dan un valor de un 95% aproximadamente⁽¹²⁾. En general la Atención Primaria resolvería entre el 80 y el 90% de los problemas de salud de los ciudadanos⁽⁷⁾. La capacidad de resolución de los problemas de salud se relaciona con la calidad de la atención sanitaria, y esta a su vez, con la pertinencia de las derivaciones a Atención Especializada⁽¹³⁾. Resulta evidente que el exceso de pacientes y la falta de tiempo disminuyen esta capacidad resolutoria e indirectamente aumentaría el número de derivaciones^{(5),(8),(14)}.

Para analizar las derivaciones realizadas desde Atención Primaria se ha utilizado la tasa de derivaciones (TD), que se define como el cociente entre el número de derivaciones y el número de visitas atendidas por el médico en un período por 100 o por 1000^{(15),(16)}.

La UGC "San Isidro" de Los Palacios (Sevilla), en su acuerdo de gestión clínica incluye un plan

de racionalización del uso de interconsultas a Atención Especializada, analizando estas interconsultas por cupo médico y especialidad a la que se realiza. Para ello se vale de la tasa de derivaciones anuales por 1000 tarjetas ajustadas por edad (TAE), que contempla las derivaciones de primeras consultas a las distintas especialidades implementadas por un profesional, considerando aceptable y, por tanto, en objetivo realizar entre 220 y 240 derivaciones anuales por mil TAE. Nuestra UGC al igual que otras del Distrito Sanitario estaría desviada en este objetivo, lo que impulsó nuestro trabajo de investigación.

Este trabajo tuvo como objetivo principal, conocer la tasa de derivación (TD), describir y analizar la distribución de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada y como objetivo secundario conocer los motivos de estas derivaciones y explorar la asistencia y el seguimiento en el segundo nivel asistencial de los pacientes derivados.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para cumplir los objetivos propuestos en este trabajo se efectuó un estudio epidemiológico observacional descriptivo y transversal retrospectivo^{(17),(18)} de la demanda derivada desde Atención Primaria a Atención Especializada.

Este trabajo de investigación se realizó en la UGC "San Isidro" situada en Los Palacios (Sevilla). Este centro abrió sus puertas en el año 2011 y está integrado por 9 Médicos de Familia y 3 pediatras. Esta UGC pertenece a la ZBS de Los Palacios y está adscrita al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Las consultas de Atención Especializada están ubicadas a 12,5Km en la localidad de Dos Hermanas y en nuestro hospital de referencia, el Hospital de Valme, emplazado a 18 Km de Los Palacios. Nuestra UGC da cobertura sanitaria a una población de 17.693 habitantes, distribuidos de forma homogénea en los distintos cupos.

El médico cuyo cupo fue objeto del presente estudio, pertenece a la UGC desde su apertura, y desde ese momento tiene adscrito el mismo cupo. Este cupo tiene una presión asistencial media de 39,7 pacientes/día (mínimo 34,83; máximo

47,4), sin diferencias significativa por meses y similar al resto de profesionales que componen la UGC. Se decidió elegir este cupo porque de los 9 que componen la unidad es el cuarto que más derivaciones realizó, emplazándose en una franja intermedia de la unidad.

Este estudio se realizó con el consentimiento de la directora de nuestro centro, y se prestó especial atención a la confidencialidad y legislación vigente en el uso de la información. Nuestra población de referencia fueron los pacientes adscritos a un cupo médico. La Unidad de estudio la conformaron las derivaciones realizadas desde una consulta de Atención Primaria a Atención Especializada a través del programa DIRAYA, durante seis meses del año 2013, concretamente desde el 16 de abril de 2013 hasta el 15 de noviembre de ese año. Se excluyeron las derivaciones urgentes, es decir, aquellas que el profesional realizó a urgencias del hospital al considerar que el paciente debía ser atendido ese mismo día, y las realizadas en periodo vacacional del profesional al que está adscrito el cupo objeto del estudio (una semana en julio y el resto en septiembre), periodo que fue excluido del estudio ya que durante el mismo, no se cubrió la ausencia de este profesional con un sustituto, sino que fueron el resto de los compañeros los que asumieron la demanda asistencial generada, lo que podría suponer un sesgo en el estudio.

La recogida de datos fue realizada por la autora del presente trabajo. La fuente de información utilizada para la recogida de datos, fue fundamentalmente la historia de salud digital informatizada (DIRAYA). Las variables sobre las que se recogió información fueron: Nombre y apellidos, NUHSA, fecha de nacimiento, sexo, especialidad a la que se realiza la derivación, carácter de la derivación (normal, preferente o por proceso asistencial), motivo de consulta que genera la derivación, asistencia del paciente a la cita y seguimiento del paciente por parte del servicio al que se deriva.

Los datos de las variables recogidas se tabularon elaborando una base de datos. Se realizó un análisis descriptivo univariante mediante la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas en porcentaje para las variables cualitativas⁽¹⁹⁾. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media,

mediana) y medidas de dispersión (mínimo, máximo, desviación estándar)^{(20), (21)}.

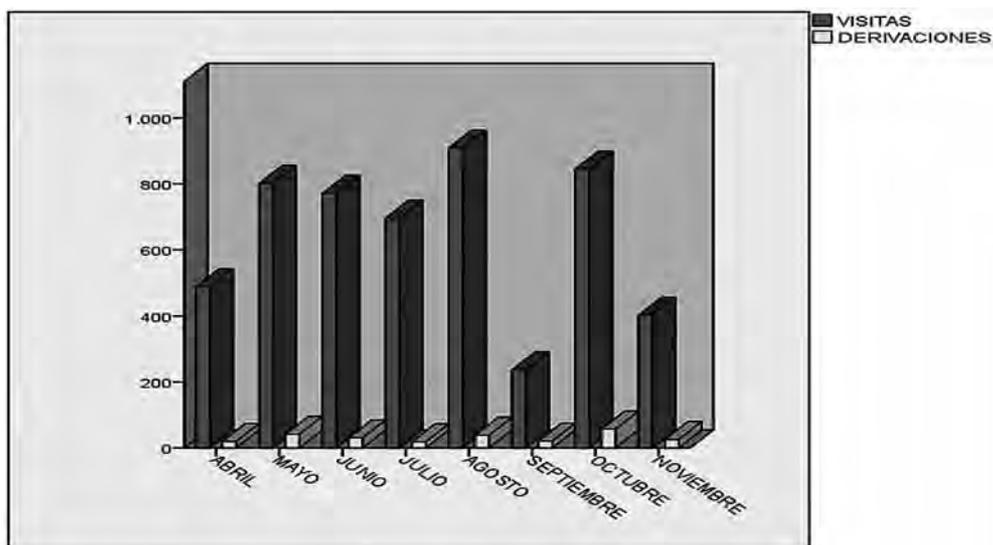
El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS) versión 20.0 para windows.

RESULTADOS

Durante nuestro periodo de estudio se realizaron 5149 visitas médicas a pacientes, efectuándose un total de 248 derivaciones desde la consulta

de Atención Primaria a Atención Especializada. La tasa de derivación (TD) de nuestro trabajo fue de 4,8% (4,22%; 5,38%) por visita en 6 meses. Se encontró una variabilidad respecto a las derivaciones realizadas en los distintos meses de estudio (Gráfico 1) y se analizó la TD por visita y mes, descartando el periodo vacacional del profesional del cupo por lo que en septiembre solo se estudió una semana. La TD por visita en el mes de abril fue de 3,9% (2,2%; 5,6%), en mayo de 5,1% (3,6%; 6,6%), en junio de 3,9% (2,6%; 5,2%), en julio de 2,6% (1,4%; 3,7%) en agosto de 4,2% (2,9%; 5,5%), en septiembre de 8,4% (4,9%; 11,9%), en octubre 6,7% (5,1%; 8,39%) y en el mes de noviembre de 6,2% (3,9%; 8,5%).

Gráfico 1. Visitas y derivaciones realizadas en los meses de estudio



La edad media de los pacientes derivados fue 49,7 años (mínimo 14, máximo 86). El 58,5% de estos pacientes derivados fueron mujeres.

Las especialidades a las que se derivó con más frecuencia fueron traumatología (21,4%), oftalmología (15,3%) y dermatología (14,1%) (Tabla 1).

El 96,8% de las derivaciones se realizaron con carácter normal, el 2,4% de ellas por proceso asistencial y el 0,8% de los pacientes fueron derivados con carácter preferente.

Los principales motivos de derivación fueron algias osteo-musculares, lesiones dérmicas y disminución de la agudeza visual (Tabla 2).

Un 8,2% de las derivaciones se realizaron por indicación de gestoría del usuario, bien porque el paciente no hubiera acudido a su cita anterior o por no haber recibido notificación de ella. Un 4,8% de las derivaciones se realizaron para revisiones a pacientes que estaban en seguimiento en Atención Especializada. Un 6% de las derivaciones realizadas fueron inducidas por especialistas

Tabla 1. Especialidades a las que se realizaron las derivaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aparato locomotor	53	21,4	21,4
Oftalmología	38	15,3	36,7
Dermatología	35	14,1	50,8
Digestivo	20	8,1	58,9
ORL	19	7,7	66,5
Ginecología	18	7,3	73,8
Neurología	13	5,2	79,0
CIA general	10	4,0	83,1
CIA vascular	9	3,6	86,7
Salud mental	9	3,6	90,3
Alergia	8	3,2	93,5
Urología	5	2,0	95,6
Endocrino	4	1,6	97,2
Cardiología	3	1,2	98,4
Respiratorio	3	1,2	99,6
Unidad dolor	1	,4	100,0
Total	248	100,0	

bien para su mismo servicio o para otro, y un 0,8% inducidas por la mutua y/o empresa. Lo anterior representa un total de derivaciones inducidas de 19,8%.

Respecto a la asistencia a consulta, el 91,1% de los pacientes derivados acudieron a su cita con el especialista, faltando a ella un 5,2% de los pacientes derivados. 3,6% de los pacientes derivados aun no habían acudido a consulta al finalizar el estudio, por tener el servicio al que se derivaron una mayor demora, esto ocurrió concretamente en cirugía vascular.

Sólo un 39,4 % de los pacientes que acuden a consultas de Atención Especializada continúan en este nivel asistencial, para estudio y/o seguimiento. El resto (60,6%) son alta en el servicio al que fueron derivados, siendo diferidos para seguimiento por su médico de Atención Primaria.

DISCUSIÓN

La tasa de derivación (TD) de nuestro estudio fue de 4,8% (4,22%; 5,38%) por visita en 6 meses. Nuestros resultados fueron similares con los publicados en la literatura, distintos autores obtienen cifras de 5,8%(9), 6%(22) e incluso 6,6%(16), (23), valores estos algo superiores, aunque similares al obtenido en nuestro estudio. Por lo que podrían no existir sesgos importantes que distorsionen los resultados y comprometan la validez interna de nuestro trabajo. Respecto a potenciales sesgos de medición, estos pudieran ser poco probables por cuanto las variables seleccionadas, las fuentes de información y la modalidad de medición son las habituales en la literatura sobre el tema. No obstante, la no inclusión en nuestro estudio de las derivaciones urgentes podría haber infraestimado nuestros valores. La exclusión de las mismas se decidió dada su escasa magnitud, y porque a veces se hizo en un P10 que no siempre quedó

Tabla 2. Motivos de derivación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Inducida	49	19,8	19,8
Algias osteomusculares	43	17,3	37,1
Lesión dérmica	29	11,7	48,8
Disminución agudeza visual	23	9,3	58,1
Lipoma/quiste/bultoma	9	3,6	61,7
Síntomas alérgicos	8	3,2	64,9
Hipoacusia/acufenos	7	2,8	67,7
Trastorno menstrual	6	2,4	70,2
Trastorno adaptativo/depresión	6	2,4	72,6
Epigastralgia	5	2,0	74,6
Hipotiroidismo	4	1,6	76,2
A.F. Ca colon	4	1,6	77,8
Pterigium/chalazión	4	1,6	79,4
Insuficiencia venosa periférica	3	1,2	80,6
Disfonía	3	1,2	81,9
Cataratas	3	1,2	83,1
Cefalea	3	1,2	84,3
Olvidos/pérdida de memoria	3	1,2	85,5
Síntomas prostáticos	3	1,2	86,7
Claudicación intermitente	3	1,2	87,9
Fistula anal/quiste coxigeo	3	1,2	89,1
Queratosis	2	,8	89,9
Probable SAHOS	2	,8	90,7
Vértigo	2	,8	91,5
Extracción tapón cerumen	2	,8	92,3
Miodesopsias	2	,8	93,1
Prolapso vaginal	2	,8	94,0
Método Essure	2	,8	94,8
Alteraciones analíticas	2	,8	95,6
Alopecia	2	,8	96,4
OMA repetición	1	,4	96,8
A.F. ELA	1	,4	97,2
Infertilidad	1	,4	97,6
Vasectomía	1	,4	98,0
Lupus	1	,4	98,4
Cardiopatía isquémica	1	,4	98,8
Exéresis nevus	1	,4	99,2
Psoriasis	1	,4	99,6
Urticaria repetición	1	,4	100,0
Total	248	100,0	

registrado en DIRAYA. Por otra parte y debido a que nuestra investigación se efectuó en un ámbito delimitado tal vez tuviera alguna limitación a la hora de extrapolar sus resultados a otras unidades con peculiaridades distintas a las de nuestra UGC.

El cupo, adscrito al profesional objeto del estudio, durante el año 2013 constaba de 2248 TAE. Según el plan para la racionalización de las derivaciones la tasa de derivaciones ajustada por TAE para este número de tarjetas ajustadas por edad estaría entre 494 y 539 derivaciones al año. Como nuestro estudio abarca un periodo de 6 meses, las cifras requeridas para alcanzar el objetivo de nuestro acuerdo de gestión clínica estarían aproximadamente entre 247 y 269, las derivaciones realizadas fueron 248 por lo que se podría concluir que el objetivo se habría cumplido. Si analizamos el objetivo, este haría referencia a las primeras consultas derivadas desde Atención Primaria a Especializada y en nuestro estudio el 19,8% de las derivaciones realizadas fueron inducidas por otros servicios y por tanto se deberían restar del total, lo que disminuiría considerablemente el número de derivaciones atribuibles a nuestra UGC. A pesar de nuestros satisfactorios resultados, coincidimos con los autores que consideran que marcar un número como objetivo en el complejo proceso de las derivaciones no es lo más adecuado, que lo correcto sería derivar en torno a la media, evitando ejercer presión para derivar menos⁽²⁴⁾. Es evidente que se debe trabajar para mejorar las derivaciones a otro nivel asistencial, discernir en qué momento del proceso asistencial es adecuado derivar al paciente, aunque esto no siempre implique una disminución del número de derivaciones realizadas⁽²⁵⁾.

La variabilidad respecto a derivaciones entre los distintos profesionales es un hecho^{(1), (8)}, así como la relación entre el número de estas derivaciones con la demanda asistencial^{(4), (15), (23)}, demanda asistencial favorecida por la tendencia actual de dar categoría de enfermedad a las adversidades de la vida cotidiana⁽²⁶⁾. Lo anterior quizás explicaría la variabilidad de las tasas de derivación obtenidas en los distintos meses en nuestro estudio, reflejaría la existencia de esta variabilidad incluso en el mismo profesional según la fecha analizada. Estas diferencias podrían ser debidas al agravamiento de algunas patologías en determinadas fechas, a la no asistencia de los pacientes a consulta en ausencia de su médico o en época vacacional, o incluso a que el profesional que

atiende al paciente no realice la derivación por considerar que quizás debería hacerlo el médico que ha realizado el seguimiento e incluso porque la existencia del objetivo antes descrito podría suponer un freno para que este profesional realice dicha derivación si el paciente al que atiende no está adscrito a su cupo, algo que podría explicar la elevada tasa de derivación del mes de septiembre. A todo lo anterior habría que agregar un elemento a tener en cuenta en nuestras consultas de Atención Primaria y que podría influir en esta variabilidad, como sería el escaso tiempo del que disponemos en Atención Primaria para atender al paciente⁽¹⁴⁾, y la necesidad de ampliarlo si pretendemos fomentar la calidad asistencial⁽²⁷⁾.

Aproximadamente la mitad de las derivaciones realizadas en nuestro estudio se concentraron en 3 especialidades, traumatología, oftalmología y dermatología, lo que coincide con otros autores^{(1), (8), (23), (28), (29)}. En general, todos los estudios coinciden en que se deriva más a especialidades médico quirúrgicas, lo que atribuyen a falta de formación por parte del médico de Atención Primaria en estas materias y al escaso acceso de este nivel a determinadas técnicas diagnósticas y/o terapéuticas⁽⁸⁾. Hay trabajos que difieren con el nuestro respecto a las derivaciones realizadas al servicio de ginecología, ya que en algunos estudios este sería el primer servicio al que se deriva obteniendo cifras de 16,3%⁽¹²⁾, mientras que en nuestro estudio solo se derivaron 18 pacientes (7,2%) a esta especialidad. Esto pudiera deberse a que nuestra UGC implementa el Programa de "mujer sana", que abarca las revisiones periódicas de la mujer cumpliendo los criterios del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cáncer de cérvix⁽³⁰⁾, así como el Programa de planificación familiar lo que disminuiría las derivaciones a este servicio.

Llamaría la atención que el 60,6% de los pacientes derivados causaron alta en el servicio al que se les derivó, recomendándose seguimiento por su médico de Atención Primaria. Este sería un punto que merecería la pena analizar en profundidad, ya que algunos de estos pacientes serían candidatos a permanecer en el segundo nivel asistencial y, al no ocurrir esto, más tarde o más temprano nos volveremos a ver en la obligación de volver a derivar, aumentando con ello el gasto que esto supone⁽²⁴⁾, así como la incertidumbre y a veces la demora en el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes⁽³¹⁾, además de saturar unas consultas

ya de por sí excesivamente saturadas como son las de Atención Primaria. Quizás aquí subyace lo que algunos autores consideran las paradojas de las derivaciones entre Atención Primaria y Especializada afirmando que la demanda derivada no ayuda a resolver los problemas de salud que la ocasionan y que esta demanda depende más del especialista que del médico de Atención Primaria.

La Ley General de Sanidad nos insta a establecer las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes ámbitos asistenciales. La asistencia interniveles coordinada y complementaria es fundamental para preservar la continuidad asistencial y obtener una asistencia sanitaria de calidad^{(10), (29)}. Pero es prioritaria la implicación de la Atención Especializada para mejorar las derivaciones interniveles⁽³²⁾. La adecuada coordinación interniveles contribuye a disminuir la demora en la atención, a reducir la tasa de revisiones y mejorar la resolución de los procesos clínicos y es fundamental para una correcta continuidad asistencial^{(25), (33)}. La derivación supone en ocasiones la pérdida de seguimiento del paciente por el médico de familia. La historia clínica informatizada sería un registro accesible para ambos niveles y una herramienta para la comunicación interniveles.

Los cupos excesivos, las agendas sobrecargadas, la presión asistencial más acusada en determinadas fechas, en las que debemos asumir el trabajo de compañeros ausentes bien sea por enfermedad o por vacaciones unido a la medicalización excesiva y la solicitud de soluciones inmediatas demandadas por nuestros pacientes, pudieran influir en el número de derivaciones. Trabajar para mejorar estos factores es una tarea difícil en la que médicos de los distintos niveles asistenciales y gestores debieran trabajar. El contacto mantenido interniveles mejoraría la eficiencia de la derivación^{(4), (31)}. Existen experiencias referenciadas en la bibliografía, en las que los profesionales sanitarios coordinados, trabajan en equipo para obtener un beneficio mutuo, superando el concepto de derivación y facilitando la atención integral, la continuidad asistencial y el manejo compartido de los pacientes^{(13), (32), (33), (34), (35)}.

La utilidad de este estudio residiría en el conocimiento que nos aporta de nuestra realidad, lo que supone el punto de partida para plantear áreas de mejora y servir de base para futuros es-

tudios. Sería interesante seguir investigando para analizar los motivos concretos de derivación, así como realizar un seguimiento de las altas dadas en Atención Especializada y que posteriormente se vuelven a derivar - lo que se podría denominar como "rederivaciones"- y trabajar para evitar las derivaciones inducidas que contribuirían a saturar consultas ya demasiado saturadas con trámites meramente administrativos, favoreciendo la demora asistencial.

Para concluir destacaríamos, que los resultados que se obtuvieron en nuestro trabajo fueron consistentes con los publicados en la literatura, por lo que pudieran no existir sesgos importantes que comprometan la validez del estudio. Que estos resultados constituirían el punto de partida para futuras investigaciones, teniendo presente que nuestro objetivo fundamental sería optimizar las derivaciones aunque somos conscientes de que esto no tendría porque llevar implícito su disminución.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Báez Montilla JM, Sánchez Oropesa A, Garcés Redondo G, González Carnero R, Santos Béjar L, López de Castro F. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 2013; 39(2): 89-94.
2. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPM referral study. *J Family Pract*. 2002; 51:215-22.
3. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Family Pract*. 2001; 50:427-32.
4. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. *Rev. Clin Esp*. 2007; 207(10):510-20.
5. Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Yagüe Sebastián MM. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *fml*. 2011; 15(4):5p.
6. Naveiro-Rilo JC, Flores Zurutuza L, Díaz Juárez D, Gonzales Álvarez F, Romero Blanco A, Pérez Laorden A. Factores asociados a la variabilidad en la utilización

- de recursos en la consulta de los médicos de atención primaria. *Semergen*. 2011; 37: 540-8.
7. Alonso JP, Febrel M, Huelin J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000; 14:122-30.
 8. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005; 36:137-43.
 9. Roland MO, Bartholomew J, Morrell DC, McDermott A, Paul E. Understanding hospital referral rates: a user's guide. *Br Med J*. 1990; 301:98-102.
 10. De Pablo L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 35: 146-51.
 11. Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referral to hospital. *Fam Prac*. 1987; 4:160-9.
 12. De Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 35:146-51.
 13. García MJ, Rigueiro MT, Rodríguez P, Rodríguez C, Muriel A, Abraira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. *Semergen*. 2006; 32:376-81.
 14. Ruiz R, Gavilán E, Pérula LA, Jaramillo I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23(2):45-51.
 15. Alberdi-Ordiozola JC, Sáenz-Bajo N. Factores determinantes de la derivación de Atención Primaria a las consultas externas de Atención especializada en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2006; 37:253-9.
 16. Jiménez Marín A, Bellón Rodríguez J, Cordobés López J, Domínguez Palomo S, Martín Pérez F, Nieto Vizcaíno D. Valoración de los informes médicos recibidos del segundo nivel. *Aten Primaria* 2001; 27(6): 403-7.
 17. Hulley SB, Cumming SR. Diseño de la investigación clínica. Ed Doyma; 1993.
 18. Delgado M. Estudios de observación. En: M. Delgado y J Llorca, ed. Metodología de la investigación sanitaria. Barcelona: Signo; 2003. p 95-118.
 19. Perea-Milla López. Estudios de seguimiento. En: Burgos Rodríguez, R. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p 77-93.
 20. Alonso Pérez de Agreda JP, Febrel Bordeje M, Huelín Domeco de Jarauta. J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000; 14:122-30.
 21. Perea-Milla López. Medidas de frecuencia. En: Burgos Rodríguez, R. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p 77-93.
 22. Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. *Br J General Pract*. 1992; 56:1.
 23. Franquelo Morales P, García Mateos D, Moya Martínez P, Lema Bartolomé J, Buendía Bermejo J, Sáiz Santos S. Tasa de Derivación y factores asociados a la Calidad de la Hoja de Derivación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]*. 2008 Oct [citado 2014 Feb 24]; 2(5): 199-205. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-5X2008000300002>.
 24. Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008; 40:253-5.
 25. García Olmos L, Gervas J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada. *Aten Primaria*. 2010; 42:52-6.
 26. Cerecedo M.J, Tovar M, Rozadilla A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Aten Primaria*. 2013; 45(10):536-40.
 27. Miranda I., Peñarrubia M.T., García I., Caramés E., Soler M., Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 32 (9):524-30.
 28. Moreno-Martínez F, Casals-Sánchez JL, Sánchez-Rivas JM, Rivera-Irigoien R, Vázquez MA. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. *Semergen*. 2008; 34:218-23.
 29. Fustero MV, Garcia-Mata JR, Junod B, Bárcena M ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16:247-52.
 30. Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Cérvix. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. ISBN: 978-84-693-8138-0. 2010
 31. Villaverde V, Descalzo MA, Carmona L, Bascones M, Carbonell J. Características de una unidad de artritis precoz que mejoran la eficiencia de la derivación: encuesta a las unidades SERAP. *Reumatol Clin*. 2011; 7(4):236-40.
 32. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2011.
 33. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 371-87.
 34. Pujol Farriols R, Corbella Virós X, El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(2):60-1.
 35. Garrido Elustondo S, Molino González AM, López Gómez C, Arrojo Arias E, Martín Bun M, Moreno Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calidad Asistencial*. 2009; 24 (6): 63-271.

A DEBATE

Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio 2014 SAS. Críticas de un obstetra

Gallo Vallejo JL

Jefe de Sección. Unidad de Gestión Clínica Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Profesor Asociado de la Universidad de Granada

CORRESPONDENCIA

José Luis Gallo Vallejo
E-mail: jgallov@sego.es

Recibido el 08-06-2015; aceptado para publicación el 05-08-2015
Med fam Andal. 2015; 2: 144-153

INTRODUCCIÓN

La Junta de Andalucía, a través de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, implantó los llamados Procesos Asistenciales Integrados (PAI), con el objetivo de dotar a los profesionales de un instrumento práctico que les permitiera analizar su realidad asistencial de manera homogénea, en orden a promover la incorporación de mejoras en el desarrollo de los diferentes procesos asistenciales en los que participan.

Dentro de estos Procesos Asistenciales, se diseñó el PAI Embarazo, Parto y Puerperio, del que se acaba de publicar a finales de 2014 su tercera edición(1).

La Revisión externa de dicho PAI ha sido llevada a cabo por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el Plan Andaluz de Diabetes, y diversas Sociedades Científicas: ASANEC, ASENHOA, SAGO, SAM-FyC, SEG-Andalucía y SEMERGEN-Andalucía.

En este trabajo, y a título personal, como obstetra que paso a diario una consulta de Obstetricia en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada, quiero mostrar aquí mis discrepancias en diversos puntos referentes al control del embarazo recogidos en el nuevo PAI, sin hacerlo extensivo al parto y puerperio.

PUNTOS EN TOTAL DESACUERDO

1. Cribado de diabetes mellitus gestacional (DMG)

El PAI dice: en la analítica a efectuar en la primera visita, se suprime una simple determinación de glucemia basal. Sólo se hará cribado de DMG (mediante el Test de O' Sullivan) con factores de riesgo.

El PAI obvia las recomendaciones que distintas Sociedades Científicas hacen al respecto. Así:

- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2) indica que se debe determinar la glucemia a todas las gestantes.

- También la SEGO, al igual que el PAI, indica la realización del test de O' Sullivan en el primer

trimestre a gestantes ante la presencia de uno de los siguientes factores de riesgo:

- Edad ≥ 35 años.
- Obesidad (índice de masa corporal ≥ 30).
- Intolerancia glucídica o DMG previas.
- Antecedente de diabetes en familiares de primer grado.
- Antecedente de hijo nacido con macrosomía.

El PAI recoge estos factores de riesgo (3), pero excluye uno de ellos, **la edad materna**. Al respecto, obvian el hecho de que la edad materna avanzada, principalmente por encima de los 35 años, incrementa de manera significativa diversas patologías médicas, entre las que se incluyen principalmente la hipertensión y la diabetes.

- La SEGO (4) establece que la Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo (IADPSG) (5) ha definido **la diabetes franca o diabetes manifiesta** durante la gestación, *para aquellas mujeres con hiperglucemia marcada en la primera visita prenatal* definida como: glucemia basal ≥ 126 mg/dL, HbA1c $\geq 6.5\%$ ó glucemia plasmática al azar ≥ 200 mg/dL.

Es decir: *obligatoria la determinación de glucemia basal a todas las gestantes en el primer trimestre de gestación.*

Hay que indicar que esta Guía de la SEGO de 2014 está avalada por el **Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE)**, la **Sociedad Española de Diabetes (SED)** y la **SEGO**.

Siguiendo con el cribado de DMG, el PAI indica que en la valoración de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) ante un test de O' Sullivan positivo en el segundo trimestre, se tendrá en cuenta que con dos o más valores superiores a los normales se establece el diagnóstico de DMG.

Al respecto, habría que indicar lo siguiente: ¿Y qué ocurre cuando existe un solo valor elevado, es decir, una curva prepatológica? ¿Ya no se repite a las 3 semanas, como se venía haciendo habitualmente y, si vuelve a ser prepatológica

se hace ya el diagnóstico de DMG? Así está recogido en el protocolo y en la GPC existentes en nuestro Servicio, así como en el Protocolo (6) de Diabetes Gestacional del Hospital Clínic de Barcelona del 2011.

- El PAI indica: en el tercer trimestre, nuevo test de O' Sullivan si factores ecográficos sugerentes de DMG, como macrosomía fetal o hidramnios. Sin embargo, la SEGO, el Hospital Clínic de Barcelona y nuestro Servicio tienen protocolizada la siguiente actuación: en aquellas gestantes que, aunque el estudio previo resultara negativo, posteriormente desarrollan complicaciones que característicamente se asocian a la DMG. (macrosomía fetal o polihidramnios), *se obviará el test de O' Sullivan y se acudirá directamente a la realización de una prueba de sobrecarga oral de glucosa (SOG)* (4) (6) (7).

El PAI lo soluciona con la simple realización de un nuevo test de O' Sullivan.

2. Cribado de toxoplasmosis

El PAI indica: se suprime la realización de la serología de toxoplasmosis, pero se nos indica la conveniencia de seguir aconsejando e informando a las gestantes sobre las medidas preventivas.

Al respecto, la SEGO (2) indica: El cribado prenatal de la toxoplasmosis no cumple los criterios necesarios para considerarlo eficaz (8). *En gestantes no inmunes se deben recomendar medidas preventivas* (Grado de recomendación C).

Ante estas dos posturas coincidentes del PAI y de la SEGO, en suprimir la realización de la serología de toxoplasmosis, habría que preguntarse: ¿Cómo sabemos qué gestantes no están inmunes ante la toxoplasmosis si no realizamos la serología correspondiente en el primer trimestre?

Es evidente que, mientras que el cribado de la toxoplasmosis ha sido muy debatido, no se pone en duda la eficacia de las medidas de prevención primaria, que son fuertemente recomendadas. Hasta ahora, se daban consejos profilácticos a toda mujer embarazada que presentara una serología IgG negativa en la primera visita del

embarazo, con el objetivo de evitar la primoinfección durante el embarazo. Ahora no: con la supresión de la realización de la serología, *se deben dar todos los consejos profilácticos a TODAS las gestantes*, consejos que nada menos engloban todos los que se refieren a continuación:

- Consumir únicamente carne cocinada a más de 60-66 °C o carne congelada a -20°C durante un período de tiempo no inferior a 24 horas.

- No consumir embutido ni carnes curadas, si no ha sido congelado previamente.

- Pelar o lavar las frutas y las verduras que se coman crudas.

- Usar guantes o lavarse las manos después de haber tocado carne cruda o verduras.

- Evitar durante la manipulación de carne cruda el contacto de las manos con la mucosa de la boca y ojos.

- Mantener perfectamente limpios los utensilios y superficies que se utilicen para preparar carne.

- No consumir leche ni productos lácteos que no estén pasteurizados.

- Evitar el contacto con gatos desconocidos. Si se posee gato, evitar la limpieza de sus heces, limpiar su caja diariamente, no alimentarlo con carne cruda, mantenerlo alejado de la calle, manipular el animal con guantes y desinfección de sus utensilios con agua hirviendo. Ante todo esto, ¿no sería mejor indicarle a la gestante que no tenga gatos en su domicilio?

- Si se realizan labores de jardinería o similares, protegerse las manos con guantes.

- *Toxoplasmosis y jamón serrano*. Al respecto, en 2013, en la página web del "Parto es nuestro" apareció la sensacional noticia de las gestantes podían comer jamón serrano al no tratarse de carne cruda. Por ello recibieron múltiples críticas, dado que esta información iba en contra de las recomendaciones oficiales y no se basaba en estudios con suficiente evidencia científica. Evidentemente, esta página web tuvo que retractarse de lo dicho.

Evidentemente, es imposible enumerarles a las gestantes todas estas medidas preventivas. Perfectamente se podrían imprimir y dárselas por escrito, pero la experiencia que tenemos en las Consultas de Obstetricia, en donde disponemos de toda clase de folletos informativos sobre diversas cuestiones (alimentación, actividad física, etc..) para que las gestantes se los lleven a casa para tener una mayor información de cuestiones y dudas que les puedan surgir, es que no cogen dichos folletos, por lo que, darles por escrito las normas preventivas para evitar la primoinfección por toxoplasmosis pueden tener, en la mayoría de los casos, el mismo destino de los folletos informativos, es decir, ser ignoradas y no leídas.

Es interesante reseñar, porque los protocolos del Hospital Clinic de Barcelona son muy consultados entre los obstetras de todo el país, que en su Protocolo de octubre de 2013 (9) indica lo siguiente:

- **Se realizará cribado serológico sistemático a todas las gestantes.** *Con la analítica del primer trimestre se solicita la IgG: si es negativa, se repite trimestralmente; si es positiva, el laboratorio automáticamente determina la IgM.*

- *Seroconversión durante la gestación:* indica infección y se debe indicar el inicio del tratamiento inmediatamente

- *La avidéz de la IgG* es el parámetro que mejor se correlaciona con el inicio de la infección materna.

3. Cribado de disfunción tiroidea

El PAI dice: no se recomienda el cribado de disfunción tiroidea de manera rutinaria a todas las gestantes, salvo en las que tienen factores de riesgo para ella (mujeres > 30 años, mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea, mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea, mujeres con DM tipo 1 u otros trastornos autoinmunes, mujeres con antecedentes de abortos de repetición, de irradiación de cabeza o cuello, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo) (10).

Esta recomendación estaría bien si se cumpliera. La experiencia nos dice, desde la implantación del PAI, que a las gestantes > 30 años, colectivo de gestantes cada vez numeroso, no se les solicita sistemáticamente las pruebas de función tiroidea. Tampoco se les suele solicitar a las gestantes con abortos de repetición. Del mismo modo, hay que hacer hincapié, como a continuación veremos, que Andalucía, como otras Comunidades autónomas, es una zona deficiente en yodo, por lo que el cribado de disfunción tiroidea se debería hacer en todas las gestantes de nuestra área.

Argumentos a favor de hacer cribado de disfunción tiroidea a todas las gestantes:

Como se indica en la Guía de actuación de la SEGO de 2013 sobre Patología tiroidea y gestación (11):

1. El hipotiroidismo materno tiene efectos adversos graves sobre el feto y se asocia a aumento de la morbimortalidad perinatal. La gestante con hipotiroidismo no tratada tiene mayor riesgo de complicaciones obstétricas como aborto, parto pretérmino, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia posparto y recién nacido de bajo peso, entre otras.

2. Especialmente preocupante es la relación encontrada en distintas publicaciones sobre el hipotiroidismo clínico inadecuadamente tratado en el embarazo y alteraciones en el neurodesarrollo del cerebro fetal, con más probabilidad de tener un hijo con alteración del desarrollo neurológico y con puntuaciones más bajas en los test de inteligencia realizados en la infancia (12). En efecto, existen datos de estudios que reportan que el 50% de hijos nacidos de madres hipotiroxinémicas demuestran daños neuronales:

- Síndrome de déficit de atención e hiperactividad (THDA) (13)
- Bajo coeficiente de inteligencia
- Retraso mental

3. El tratamiento con levotiroxina en estas pacientes, iniciado idealmente en el primer trimestre de gestación, ha demostrado disminuir los riesgos asociados al hipotiroidismo en este periodo. Por

ello, las gestantes con un hipotiroidismo deben recibir tratamiento con hormona tiroidea para normalizar los valores de TSH, idealmente, en el primer trimestre de gestación (14).

Por estas razones tan evidentes, *se recomienda que la identificación de gestantes con hipotiroidismo tenga lugar durante la primera visita prenatal o en el momento del diagnóstico del embarazo.*

Por tanto, y por tratarse el hipotiroidismo de una enfermedad frecuente, de fácil diagnóstico y para la que se dispone de un tratamiento efectivo y exento de riesgos, el Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología (SEEN) y la SEGO han establecido unas recomendaciones - basadas en el Scottish Intercollegiate Guidelines Network- en el sentido de que **se evalúe precozmente (antes de la semana 10 de gestación) la función tiroidea a todas las mujeres embarazadas** (15). Para ello se aconseja realizar determinación de TSH en suero antes de la semana 10 de gestación. Ante una TSH elevada, pediremos una determinación de T4L.

Muy recientemente (2015), la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN) propone también *el cribado universal de disfunción tiroidea en gestantes en primer trimestre, orientado a la detección de hipotiroidismo clínico.* Este Documento de Consenso (16) cuenta con el apoyo de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO), Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos (SANAC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Andalucía (SEMG), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Andalucía) y Asociación Andaluza de Matronas (AAM). *La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) ratifica el Documento de Consenso, con la excepción del screening universal, a pesar de que existen estudios de coste-efectividad que demuestran los beneficios, no sólo del cribado universal y selectivo frente a no hacer cribado, sino del cribado universal frente al selectivo* (17) (18).

4. Suplementación con yodo

El PAI dice: se indicará yoduro potásico (IK) (200 mcg/día) en aquellas mujeres que no alcanzan las

cantidades diarias recomendadas de ingesta de yodo con su dieta (3 raciones de leche y derivados lácteos más 2 gr. de sal yodada) (*Recomendación Débil*) (10) durante el embarazo y la lactancia materna.

No estoy de acuerdo con esta indicación del PAI, pues existen muchos argumentos a favor de seguir dando suplementos de yodo a todas las gestantes:

- La corrección de la yododeficiencia (DY) a través de otras fuentes alimentarias de yodo, entre las que destacan la leche y los derivados lácteos, presenta la desventaja de la falta de control de la cantidad de yodo que entra en la cadena alimentaria (19).

- Numerosos estudios realizados en la población gestante de nuestro país, previos (20) y posteriores (21) (22) (23) a la disponibilidad de suplementos de yoduro potásico (SIK), muestran que la mayoría de embarazadas, incluso aquellas que consumen sal yodada (SY), no consiguen alcanzar sin suplementación de yodo el adecuado estado nutricional de yodo requerido en la gestación.

- En definitiva, el análisis de la realidad actual de nuestro país muestra la persistencia de DY en la mayoría de la población gestante según los criterios establecidos por organismos internacionales (24), un consumo de SY no superior al 50% en la mayoría de los casos y una situación global de DY corregida muy probablemente por efecto de una yodoprofilaxis silente o no controlada a través del consumo de lácteos (25), cuya eficacia y sostenibilidad a medio plazo han sido cuestionadas muy recientemente en países de nuestro entorno (26) y denunciadas previamente en el nuestro (27).

- El estudio reciente de Arrobas-Velilla et al (28), llevado a cabo en Andalucía, concretamente en la provincia de Huelva, donde se demuestra la persistencia de DY en población gestante a pesar de haberse instaurado una campaña previa de suplementación yodada, confirma el elevado riesgo que presenta la mujer embarazada para presentar esta deficiencia.

- El Grupo de Trabajo de Trastornos relacionados con la Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y

Nutrición concluye en su trabajo publicado en 2014 afirmando lo siguiente (29): La deficiencia de yodo grave y moderada durante el embarazo y la lactancia afecta a la función tiroidea de la madre y del neonato, así como al desarrollo neuropsicológico del niño. Estudios realizados en España confirman que la mayoría de las mujeres se encuentran en DY durante la gestación y la lactancia. *Las mujeres embarazadas, las que amamantan a sus hijos y las que planifican su gestación deberían recibir SIK.*

Las medidas habituales de yodoprofilaxis mediante la promoción del consumo de pescado marino y de alimentos enriquecidos en yodo como la sal y los lácteos son incapaces de garantizar un adecuado estado nutricional de yodo en la gestante. Por este motivo, el Grupo de Trabajo TDY-DT recomendó (30) en 2004 suplementar la dieta de toda mujer embarazada y/o lactante con al menos 150 µg de yodo al día en forma de IK, recomendación que ha sido refrendada en posteriores publicaciones de miembros del grupo o en representación del Grupo.

Por otra parte, no se deben olvidar los siguientes hechos:

- Los efectos adversos del déficit de yodo graves son bien conocidos (retraso mental, que en los casos graves puede llegar hasta el cretinismo). La OMS, en 2001, resaltó que "el déficit de yodo es, después de la inanición extrema, la causa más frecuente de retraso mental y parálisis cerebral evitable en el mundo". El papel que podemos desempeñar los obstetras, médicos de familia y matronas en esta campaña sanitaria de prevención es primordial (31).

- Pero también diversos estudios han descrito defectos neuropsicológicos menores en hijos de madres expuestas a un déficit de yodo de leve a moderado durante el embarazo (32) (33).

- Un metaanálisis (34) de 2013 encuentra que a los 5 años de edad, el coeficiente intelectual (CI) es de 6.9 a 10.2 puntos menos en los niños cuyas madres no recibieron SIK durante la gestación en comparación con los niños de madres que sí recibieron el suplemento.

- Los resultados del Proyecto NUTRIMENTHE (35) han revelado que los niños nacidos de ma-

dres que presentaron deficiencia de yodo durante la gestación mostraron, a los ocho años de edad, un CI tres puntos inferior que los demás, y peor habilidad para la lectura a los nueve años.

¿Qué dice la SEGO al respecto? En sus Guías de 2010 (2) y 2013 (11) refiere lo siguiente:

- La DY durante el embarazo se asocia a aumento de la mortalidad perinatal, abortos, fetos muertos anteparto, bajo peso al nacer y alteraciones del neurodesarrollo.

- Cuando, como en España, menos del 90% de los hogares consumen SY es necesario fomentar su utilización y realizar una suplementación farmacológica, con IK, en los grupos de población que son más vulnerables, como son las mujeres embarazadas y lactantes.

- *A pesar del uso creciente de SY, durante el embarazo esto no es suficiente para cubrir los requerimientos de yodo de la madre y el feto para una adecuada síntesis de hormonas tiroideas.*

- En el periodo preconcepcional y durante el embarazo y la lactancia, las pacientes deben incrementar la ingesta de yodo a 250 µg/día. Durante toda la lactancia materna se debe mantener una ingesta de yodo de 250 µg/día, para asegurar que la leche materna aporta 100 µg de yodo al día al lactante. *Para lograr este aporte diario de yodo se recomienda complementar la dieta con la administración, una vez al día, de suplementos nutricionales de yodo desde la visita preconcepcional a todas las mujeres, durante todo el embarazo y la lactancia.*

5. Anemia y embarazo

El PAI, afortunadamente, mantiene la realización de un hemograma en el primer trimestre de gestación. Entre las semanas 24-26, nuevo cribado de anemia, estableciéndose el diagnóstico de anemia si la hemoglobina es inferior a 10,5 gr/dl (Recomendación √) (1).

El PAI ha adoptado las recomendaciones del US Centre for Disease Control and Prevention (CDC), que establece diferentes puntos de corte para definir la anemia durante la gestación en cada uno de los trimestres del embarazo: 11.0

g/dL en el primer y tercer trimestre y 10.5 g/dL en el segundo.

Sin embargo, muchos autores, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han preferido no hacer distinciones para no generar confusión y *adoptar la decisión práctica de considerar anemia durante la gestación toda situación en que la concentración de hemoglobina materna se sitúe por debajo de los 11.0 g/dL*. Esta última postura de la OMS nos parece más lógica, en aras de evitar confusiones.

Si el PAI quiere seguir los criterios americanos, también tendría que haber incluido que el CDC recomienda la suplementación universal con hierro para cumplir con los requerimientos en el embarazo. En general, se recomiendan los suplementos de dosis bajas de hierro oral durante la segunda mitad del embarazo en las mujeres sin antecedentes de riesgo de ferropenia en las que se presuma o se constaten unas reservas adecuadas (36). El propio Ministerio de Sanidad (37) ha establecido la recomendación del Institute of Medicine de 27 mg/d, dosis contemplada en muchos de los micronutrientes múltiples usados durante la gestación (38) (39).

6. Pruebas de coagulación antes de la anestesia epidural en el parto

El PAI dice: no se recomienda realizar estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en gestantes sanas (Recomendación B) (40).

En marzo de 2012 la American Society of Anesthesiologists publicó una actualización de la GPC sobre la evaluación preanestésica en general (41) y, respecto a la anestesia regional, comenta que no hay datos suficientes para establecer la conveniencia de realizar pruebas de coagulación antes de este tipo de anestesia.

La SEGO, en su Guía práctica de asistencia actualizada en octubre de 2010 y avalada por la Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR) (42) reseña lo mismo:

- No se recomienda realizar un estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto. (A).

- No se recomienda realizar un recuento intra-parto de plaquetas rutinario previo a la analgesia neuroaxial en mujeres sanas de parto. La decisión de realizar un conteo de plaquetas debe ser individualizada y basada en la historia de la mujer, el examen físico y los signos clínicos. (C)

Parece, pues, coincidir la SEGO, la SEDAR y el PAI en cuanto a no realizar el estudio de coagulación previo en gestantes sanas. Entonces, ¿por qué se sigue realizando de forma rutinaria y por qué los anestesiólogos lo exigen antes de aplicar dicha anestesia?

En nuestro medio, y sobre las 36-37 semanas, se les sigue solicitando a todas las gestantes la realización de las pruebas de coagulación. Pienso que los anestesiólogos deberían pronunciarse claramente sobre este aspecto.

7. Ecografía del tercer trimestre

El PAI dice realizar dicha ecografía entre las semanas 32-36. En mi opinión, y también coincidiendo con el Protocolo Screening Ecográfico del Hospital Clinic de Barcelona (43) y con nuestra práctica habitual en las Consultas de Obstetricia, esta ecografía debería realizarse entre las semanas 32-34, es decir, no más allá de la semana 34, pues si la extendemos hasta la semana 36 habría, por ejemplo, casos de fetos con crecimiento intrauterino retardado (CIR) y de fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) que se podrían diagnosticar excesivamente tarde.

También parece excesivamente tardía la semana 36 para revalorar la anatomía fetal en la medida que las condiciones materno-fetales lo permitan, insistiendo en la evaluación de posible patología evolutiva fetal: sistema nervioso, sistema renal, cardiovascular y digestivo. Hay que tener en cuenta, al respecto, que la detección de una anomalía fetal será forzosamente tardía (algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias e intestinales, trastornos del desarrollo del esqueleto, etc.), dado que tales patologías se originan o se manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

Por todo ello, no sería conveniente atrasar aún más (hasta la semana 36) la realización de la ecografía del tercer trimestre.

8. Ecografía en la semana 40 en una gestación normal

El PAI no considera la realización de esta ecografía y sí lo siguiente: en la semana 40, tanto para nulíparas como para multíparas, se aconseja medición de la altura uterina, exploración de la estática fetal y auscultación fetal.

Mi pregunta sería la siguiente: ¿No se podría sustituir todo esto con la realización de una ecografía? Dicha ecografía nos podrá informar de:

- La estática fetal. Situación y posición fetal
- Dinámica fetal. Presencia de movimientos corporales y de extremidades
- Frecuencia cardíaca fetal
- Cálculo estimado del peso fetal mediante biometría
- Ecoestructura placentaria
- Cantidad de líquido amniótico. Así no habrá que esperar a la semana 41 para detectar la posibilidad de que exista un oligoamnios.

Totalmente de acuerdo con el PAI y con las diversas GPC en el sentido de que un embarazo sin riesgo no requiere de una monitorización biofísica fetal antes de la semana 40 (Recomendación Débil). Pero ya que en estos casos se suele realizar en todas las Maternidades esa monitorización mediante el test no estresante (TNS), ¿por qué no complementarlo con la práctica de una ecografía?

El PAI sólo recomienda, en una gestación de curso normal, realizar en la gestación a término una ecografía en la semana 41 para valorar la cantidad de líquido amniótico. Mi comentario personal a dicha indicación es que si se ha realizado una ecografía en la semana 32 y no se vuelve a realizar más ecografías hasta la semana 41, esta práctica conllevará:

- Crecimientos intrauterinos tardíos no diagnosticados, así como fetos pequeños para la edad gestacional (PEG).
- Presentaciones podálicas no diagnosticadas, con lo que se les privará a las gestantes la posibilidad

de ofrecerles la realización de una versión externa en la semana 37.

Para diagnosticar estas dos posibilidades, se les indica a los médicos de AP y a los obstetras la medición de la altura uterina y exploración de la estática fetal (supongo que mediante las maniobras de Leopold). Parece que volvemos a los tiempos pasados de la cinta métrica y estetoscopio de Pinard.

-Por otra parte, no hay que obviar la ansiedad e inquietud de una gestante a la que le ha realizado la ecografía en la semana 32 y ya no se le vuelve a realizar otra hasta la semana 41.

En mi opinión, y coincidiendo con la realización de una monitorización biofísica fetal mediante un TNS en la semana 40, se debe seguir haciendo como hasta ahora en las Consultas de Bienestar Fetal, es decir, TNS, ecografía y exploración mediante tacto vaginal si procede (44).

Conclusiones

- Sigue siendo recomendable la determinación de una glucemia basal en el primer trimestre. Si se sustituye por un test de O' Sullivan en las gestantes con factores de riesgo, está indicado incluir en este apartado a las gestantes de > 35 años.

- Durante el tercer trimestre de gestación, aunque el cribado de DMG haya sido negativo en anteriores trimestres, si aparecen signos ecográficos sugerentes de DMG (macrosomía fetal, hidramnios) se hará directamente una SOG, y no un nuevo test de O' Sullivan.

- Mientras que el cribado de la toxoplasmosis en el primer trimestre sigue siendo muy debatido, no se pone en duda la eficacia de las medidas de prevención primaria, que son fuertemente recomendadas. Dichas recomendaciones, si no se realiza el cribado, se deberán dar a todas las gestantes, asegurándonos de su entendimiento y cumplimiento.

- Diversas Sociedades Científicas siguen recomendando que se evalúe precozmente (antes de la semana 10 de gestación) la función tiroidea a todas las mujeres embarazadas y no sólo a las que

tienen factores de riesgo de tener una disfunción tiroidea.

- La corrección de la DY a través de otras fuentes alimentarias de yodo, entre las que destacan la leche y los derivados lácteos, es difícil de evaluar, objetivar y cumplimentar. Ello, unido a la DY existente en nuestras gestantes, se les recomienda a todas una suplementación farmacológica con yodo durante toda la gestación y la lactancia.

- Para no generar confusión, parece lógica seguir adoptando la decisión práctica de considerar anemia durante la gestación toda situación en que la concentración de hemoglobina materna se sitúe por debajo de los 11.0 g/dL, independientemente del trimestre de gestación.

- En general, se recomiendan los suplementos de dosis bajas de hierro oral durante la segunda mitad del embarazo en las mujeres sin antecedentes de riesgo de ferropenia en las que se presume o se constaten unas reservas adecuadas. En caso contrario, la administración de hierro debería iniciarse cuanto antes.

- Los anestesiólogos de los distintos Servicios deberían posicionarse claramente sobre la conveniencia o no de seguir solicitando estudios de coagulación previos a la aplicación de una anestesia regional en gestantes sanas.

- La ecografía del tercer trimestre debe realizarse no más allá de las 34 semanas de gestación (entre las 32-34 semanas).

- Es recomendable seguir haciendo la ecografía en la semana 40, junto con la monitorización biofísica fetal no estresante, en todas las gestantes sin riesgo.

Conflicto de interés:

El autor declara la no existencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aceituno Velasco L, coord. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 3ª ed. [internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2014. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf
2. SEGO. Control prenatal de embarazo normal. Guía práctica de asistencia actualizada en julio de 2010. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
3. Aguilar- Diosdado M, coord. Proceso asistencial integrado diabetes mellitus (PAI DM). 1ª Ed. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 (actualizado 2014).
4. SEGO. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
5. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010; 33:676–82.
6. Protocolo de Diabetes Gestacional. Servei de Medicina Materno-fetal. ICGON, Servei de Dietètica i Endocrinologia. ICMDM. Unitat deDiabets. Hospital Clínic de Barcelona del 2011. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/protocolos_es.html.
7. Fabre E, Perez Hiraldo, MP, González Agüero, R. Consulta prenatal. En: González Merlo J, editor. *Obstetricia*. 5a ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006. p. 171-94.
8. Documento de Consenso SEGO 2002. Toxoplasmosis. Disponible en: www.sego.com.
9. Protocolo Infecciones TORCH y PV B19 en la gestación. Octubre de 2013. Hospital Clínic de Barcelona. Servei de Medicina Materno-fetal. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/protocolos_es.html.
10. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
11. SEGO. Patología tiroidea y gestación. Guía práctica de asistencia actualizada a julio de 2013. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
12. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Knight GJ, Gagnon J, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Eng J Med*. 1999; 341:549-55.
13. Muñoz M, Figueras F, Puig M. La hipotiroxinemia gestacional se asocia al síndrome de déficit de atención e hiperactividad. *Prog Obstet Ginecol*. 2009; 52:681-5.
14. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012; 97:2543-65.
15. Vila L, Velasco I, Gonzalez S, Morales F, Sanchez E, Lailla JM, Martinez-Astorquiza T, Puig-Domingo M, y el Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Endocrinol Nutr*. 2012; 59:547-60.
16. Santiago P, González-Romero S, Martín T, Navarro E, Velasco I, Millón MC. Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN). *Semergen*. 2015.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.011>
17. Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Torrejón S, et al. Controversies in endocrinology: On the need for universal thyroid screening in pregnant women. *Eur J Endocrinol*. 2014; 170:R17-30.
18. Dosiou C, Barnes J, Schwartz A, Negro R, Crapo L, Stagnaro-Green A. Cost-effectiveness of universal and risk-based screening for autoimmune thyroid disease in pregnant women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012; 97:1536-46.
19. Soriguer F, Gutiérrez-Repiso C, González-Romero S, Oliveira G, Garriga MJ, Velasco I, et al. Iodine concentration in cow's milk and its relation with urinary iodine concentrations in the population. *Clin Nutr*. 2011; 30:44-8.
20. Donnay S. Rational use of potassium iodide during pregnancy and lactation. *Endocrinol Nutr*. 2008; 55 (Suppl 1): 29-34.
21. Soriguer F, Santiago P, Vila L, Arena JM, Delgado E, Díaz CF, et al. Clinical dilemmas arising from the increased intake iodine in the Spanish population and the recommendation for systematic prescription of potassium iodide in pregnant and lactating women. *J Endocrinol Invest*. 2009; 32:184-91.
22. Santiago P, Velasco I, Muela JA, Sánchez B, Martínez J, Rodríguez A, et al. Infant neurocognitive development is independent of the use of iodized salt or iodine supplements given during pregnancy. *Br J Nutr*. 2013; 110:831-9.
23. Julvez J, Alvarez-Pederol M, Rebagliato M, Murcia M, Forns J, Garcia-Esteban R, et al. Thyroxine levels during pregnancy in healthy women and early child neurodevelopment. *Epidemiology*. 2013; 24:150-7.

24. World Health Organization, UNICEF, International Council for Control Iodine Deficiency Disorders. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2007.
25. Donnay S, Vila L, en nombre del Grupo de Trabajo sobre Trastornos relacionados con la Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea. Erradicación de la deficiencia de yodo en España. Cerca, pero no en la meta. *Endocrinol Nutr.* 2012; 59:471-3.
26. Vanderpump MP, Lazarus JH, Smyth PP, Laurberg P, Holder RL, Boelaert K, et al. Iodine status of UK school-girls: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2011; 377:2007-12.
27. Arena J, Ares S. Déficit de yodo en España: ingesta circunstancialmente suficiente, pero sin una estrategia explícita de salud pública que garantice su sostenibilidad. *An Pediatr (Barc).* 2010; 72:297-331.
28. Arrobas-Velilla T, González-Rodríguez C, Barco-Sánchez A, Castaño-López M, Perea-Carrasco R, Pascual-Salvador E, et al. Nutrition iodine status in pregnant women in the sanitary district Sierra de Huelva-Andévalo, south of Spain. *Rev Invest Clin.* 2011; 63:467-74.
29. Donnay S, Arena J, Lucas A, Velasco I, Ares S. Suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia. Toma de posición del Grupo de Trabajo de Trastornos relacionados con la Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. *Endocrinol Nutr.* 2014; 61:27-34.
30. Soler Ramón J, Aguilar Diosdado M, Gallo M, Martull P, Aguayo J, Arenas MJ, et al. Manifiesto sobre la erradicación de la deficiencia de yodo en España. Málaga 2004. *Prog Diag Trat Prenat.* 2005; 17:109-11.
31. Velasco I, Gallo JL, Gallo M. Yodo. En: Gallo M (dirección y coordinación general). *Nutrición, Vitaminas y Oligoelementos en el Embarazo.* Colección de Medicina Fetal y Perinatal. Volumen 10. Amolca, Actualidades Médicas, C.A. Venezuela 2014. p. 39-50.
32. Hynes KL, Otahal P, Hay I, Burgess JR. Mild iodine deficiency during pregnancy is associated with reduced educational outcomes in the offspring: 9-year follow-up of the gestational iodine cohort. *Clin Endocrinol Metab.* 2013; 98:1954-62.
33. Van Mil NH, Tiemeier H, Bongers-Schokking JJ, Ghasabian A, Hofman A, Hooijkaas HJ, et al. Low urinary iodine excretion during early pregnancy is associated with alterations in executive functioning in children. *Nutr.* 2012; 142:2167-74.
34. Bougma K, Aboud FE, Harding KB, Marquis GS. Iodine and mental development of children 5 years old and under: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2013; 5:1384-416.
35. Anjos T, Altmäe S, Emmett P, Tiemeier H, Closa-Monasterolo R, Luque V, et al; NUTRIMENTHE Research Group. Nutrition and neurodevelopment in children: focus on NUTRIMENTHE project. *Eur J Nutr.* 2013; 52:1825-42.
36. SEGO. Anemia y embarazo Guía práctica de asistencia publicada en octubre 2008. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid, 2006.
38. Gallo JL, Gallo M. Micronutrientes en el embarazo, ¿son realmente útiles?. En: Gallo M (dirección y coordinación general). *Salud Física, Mental y Ocupacional de la Mujer Embarazada.* Colección de Medicina Fetal y Perinatal. Volumen 12. Amolca, Actualidades Médicas, C.A. Venezuela, 2013. p. 19-34.
39. Gallo JL, Gallo M. Mejor suplementar con Micronutrientes Múltiples que elemento a elemento. En: Gallo M (dirección y coordinación general). *Ácido Fólico.* Colección de Medicina Fetal y Perinatal. Volumen 24. Amolca, Actualidades Médicas, C.A. Venezuela, 2015. p. 89-98.
40. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. URL: www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
41. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology.* 2012; 116:522-38.
42. SEGO. Analgesia del parto. Guía práctica de asistencia actualizada en octubre de 2010 (Guía práctica de asistencia avalada por la SEDAR-Sociedad Española de Anestesia y Reanimación). Disponible en: <http://www.prosego.com>.
43. Protocolo Screening ecográfico fetal. Hospital Clínic de Barcelona. Actualizado el 13 de julio de 2013. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/protocolos_es.html.
44. Gallo Vallejo JL. Control del bienestar fetal anteparto. Guía de Práctica Clínica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, 2012. En: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/c_bf_anteparto.pdf

SIN BIBLIOGRAFÍA

Hematuria inespecífica

Padilla Del Campo C¹,
Moya Jiménez M²C²,
Fernández López ML³

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

²MIR 4º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)

³MIR 3er año de MFyC. CS Roquetas Norte (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; 2: 154-155

INTRODUCCIÓN

Varón de 32 años natural de Guinea, residente en España desde hace 6 años, que acude a nuestra consulta después de haber ido a urgencias del Centro de salud en repetidas ocasiones, por hematuria leve, sin disuria ni polaquiuria, ni tenesmo vesical, ni fiebre en ningún momento, ni dolor alguno.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

En urgencias del Centro de Salud le pautan Ciprofloxacino 500mg 1 c/12 h /7 días como mejoraba no acudía a su Médico de cabecera para continuar estudios. Hasta que a la 5º vez acudió a su Médico y en nuestra entrevista clínica, en consulta, refiere que tuvo en otra ocasión hace más de 8 años hematuria, cuando estaba en su país, y que se resolvió en aquella ocasión sin tratamiento y todas las demás veces que le había ocurrido aquí nunca se mejoraba con el tratamiento antibiótico, por lo que no le había dado importancia.

Se realizó analítica y se derivó a consultas externas de Medicina Tropical, empleando el

Protocolo de Eosinofilia, conocido en nuestra zona de trabajo.

Juicio clínico: esquistosomiasis (*S. Haematobium*).

Diagnóstico diferencial:

Engloba tanto la patología orgánica renal, ureteral, vesical y uretral, como la patología infecciosa, incluyendo parásitos y bacterias.

Figura 1. Urografía intravenosa con el contorno vesical alterado y dilatación distal del uréter izquierdo y se aprecia formación oval en el interior de la vejiga



Conclusiones:

La esquistosomiasis es una helmintiasis producida por un trematodo del género *Schistosoma*, es endémica de Africa, América Latina, Oriente Medio y Asia.

Las especies que afectan al hombre se transmiten por el simple baño en zonas donde habitan los caracoles contaminados, que son los intermedia-

rios, pues liberan las cercarias que se introducen por la piel en contacto con el agua. Estas evolucionan a esquistosómula pasando por el circuito pulmonar y llegando a los plexos mesentéricos donde depositan los huevos. A nivel cutáneo aparece una dermatitis con edema y prurito, autolimitado. Puede debutar como una enfermedad mucho más florida pero en este caso la estancia en España durante tanto tiempo no hacía pensar en el desenlace.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Bronquitis en Atención Primaria y transmisión a familiares

Padilla Del Campo C¹,
Sánchez Sánchez IM³,
Del Campo Muñoz T³

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

²Pediatra. CS Mengíbar (Jaén)

³Pediatra. FEA Hospital Ciudad de Jaén. Jaén

CORRESPONDENCIA

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

Recibido el 16-02-2015; aceptado para publicación
el 21-04-2015

Med fam Andal. 2015; 2 156-157

Descripción del caso:

Consulta la madre de un lactante de 3 meses de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a la consulta de Atención Primaria en horario de urgencias, con un cuadro de congestión nasal, estornudos, tos poco intensa y rechazo parcial de las tomas. Un hermano de 3 años y la madre referían un proceso catarral similar. La exploración clínica en ese momento era normal y se prescribió lavado nasal con suero fisiológico y aspiración de secreciones nasales. Cuarenta y ocho horas más tarde acudió de nuevo refiriendo tos progresivamente más frecuente, "como de perro" y dificultad respiratoria.

Todos los miembros de la familia estaban aquejados de la misma dolencia.

Exploración y pruebas complementarias:

Febril a 38,4°C con coloración normal de piel y mucosas, decaimiento del estado general y signos leves de deshidratación. Presentaba taquípea de 44 respirac/min y tiraje intercostal y subcostal. Auscultación con hipoventilación global y espiración alargada, sibilancias y estertores finos generalizados. Accesos de tos paroxística con ligera cianosis en el curso de

los mismos y podía palparse el hígado 3cm subcostal derecho.

La radiografía de tórax mostraba hiperinsuflación pulmonar con aplanamiento del diafragma y horizontalización costal. En la proyección lateral se apreciaba aumento del diámetro anteroposterior del tórax y atrapamiento aéreo. Se aplicó en el centro de salud aerosolterapia con Salbutamol sin ninguna mejoría y se derivó al hospital de referencia para continuar tratamiento. Allí permaneció ingresado 5 días, donde la muestra de secreciones evidenció el diagnóstico de Bronquiolitis debida a Virus Sincitial Respiratorio (VSR) con una Inmunofluorescencia positiva.

Juicio clínico: bronquiolitis aguda.

Conclusiones:

La Bronquiolitis es una enfermedad frecuente en el curso de los primeros meses de la vida, con una incidencia máxima hacia el 6º mes y sobre todo en los meses invernales y comienzo de primavera. Representa uno de los motivos de ingreso más frecuentes en los dos primeros años de vida.

Se produce como consecuencia de una obstrucción inflamatoria de las pequeñas vías aéreas (bronquiolos) de origen viral. El VSR representa el agente etiológico más frecuente, aunque otros virus también pueden ocasionarla.

La clínica: precedida de un cuadro catarral leve de vías respiratorias superiores, se va instaurando un cuadro de distress respiratorio con polipnea, retracción subcostal e intercostal y aleteo nasal, el hígado y el bazo se palpan por el descenso del diafragma debido a la hiperinsuflación pulmonar.

En sus formas más leves la enfermedad remite en 24-48h.

La intensidad del tratamiento a administrar

dependerá de la gravedad del paciente a su llegada al centro sanitario, determinándose por la escala clínica de Wood-Downes que valora el distrés respiratorio, la hipoxemia y las alteraciones auscultatorias. Esta escala diferencia las bronquiolitis en leves, moderadas y graves, y según esto, el tratamiento puede variar desde simples medidas generales en domicilio (hidratación, desobstrucción de la vía aérea con lavados nasales con SSF (Suero Salino Fisiológico), aspiración de secrecciones y elevación del cabecero 30°), hasta la monitorización en medio hospitalario con administración de oxígeno suplementario, nebulizaciones de adrenalina e incluso la asistencia ventilatoria (no invasiva, convencional o de alta frecuencia) o la administración Heliox en una unidad de cuidados intensivos.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Disgenesia gonadal en el seno de una torsión testicular bilateral

Padilla Del Campo C¹,
Del Campo Muñoz T²,
Sánchez Sánchez IM³

Médicos de Familia. CS La Gangosa (Almería)

CORRESPONDENCIA

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

Recibido el 02-06-2015; aceptado para publicación
el 23-07-2015
Med fam Andal. 2015; 2: 158

Varón de 12 años, trasladado desde su centro de referencia por sospecha de torsión testicular. Refiere que inició dolor escrotal brusco hace 14 horas, acompañado de afectación del estado general en las últimas 2 horas, motivo por el cual acudió a su centro de salud de referencia.

Exploración: edema y eritema escrotal bilateral, mayor en lado izquierdo, con induración. Dolor a la palpación, reflejo cremastérico derecho, pero no izquierdo.

Se deriva a urgencias de su hospital de referencia para ser valorado por sospecha de torsión testicular.

En el hospital se realiza: analítica sanguínea y sistemático de orina normal. Ecografía testicular compatible con torsión testicular bilateral. Exploración quirúrgica, torsión de testículo izquierdo, necrótico que se destorsiona, y teste derecho isquémico, presentando alteraciones en el paquete vascular pero sin signos de necrosis. Se dejan y fijan ambos testículos en escroto y se realiza biopsia del teste derecho que muestra necrosis coagulativa.

En ecografías siguientes se detecta posible displasia testicular derecha. Cariotipo 46XY, antimülleriana menor de 0,10 ng/ml, testosterona 0,10 ng/ml, SHBG 29,7 nmol/l, FSH 36 U/L, LH 15,97 U/L. Analítica de control: FSH 80, LH 27,17, Testosterona de 0,38.

Ecodoppler testicular, el teste izquierdo muestra una alteración de la ecoestructura y morfología, con engrosamiento epididimario y con flujo intratesticular en polo superior. El teste derecho tiene morfología, tamaño y ecoestructura normal, con

flujo en las cubiertas pero no intratesticular. Se repite analítica, con FSH 86,2, LH 31,09 y Testosterona de 0,32.

Se establece diagnóstico de torsión testicular e hipogonadismo hipergonadotropo y se administra tratamiento con testosterona. En posteriores consultas, se comprueba desarrollo puberal y en la exploración testicular destaca un teste derecho de 5 ml con de consistencia dura, no leñosa, sin dolor ni signos inflamatorios, y un teste izquierdo de 3 ml, de consistencia blanda, en regresión.

Conclusiones:

La sospecha de torsión testicular debe estar presente en todos los casos de dolor testicular. Si bien es poco frecuente, no se debe descartar la posibilidad de una torsión bilateral. La revisión quirúrgica es obligada en todos los casos en los que se realiza el diagnóstico de torsión y en todos aquellos en los que existen dudas diagnósticas. Hay que tener en cuenta que la necrosis testicular empieza a ser irreversible pasadas las 6 primeras horas, por ello es fundamental el diagnóstico precoz.

Ante un cuadro de sospecha de torsión testicular bilateral, debería realizarse un diagnóstico diferencial, incluyendo causas poco frecuentes como los trastornos endocrinológicos, por lo poco frecuente del cuadro y las asociaciones con trastornos hormonales e incluso genéticos que puede conllevar, además de las consecuencias funcionales que dicho episodio tiene sobre los pacientes.

ARTÍCULO ESPECIAL

Estrategias de prevención contra la violencia de género: educación y concienciación

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 11-02-2015; aceptado para publicación
el 13-04-2015

Med fam Andal. 2015; 2: 159-163

En España el 32% de las mujeres que consultan en atención primaria pueden haber sufrido algún tipo de violencia y las mujeres que padecieron situaciones previas de violencia, suelen recaer (1). Este fenómeno es un problema de salud pública de primer orden y los servicios sanitarios tienen a su alcance una posición privilegiada para su abordaje.

El impacto de la violencia de género también se manifiesta en los sistemas sanitarios (ingresos frecuentes, incremento de pruebas diagnósticas, aumento de medicación fundamentalmente analgésicos, ansiolíticos, antidepressivos...) y un alto coste económico-social (pérdidas de trabajo, absentismo laboral...) (2). A pesar de su elevada incidencia, la detección es muy escasa o nula, suele estar "invisible" y pasa desapercibida en la consulta, enmascarada por múltiples quejas somáticas o con los denominados "pacientes difíciles" (3). Sólo en las últimas fases, cuando aparece la violencia física, es más fácil su detección.

Los diferentes tipos de violencia ejercidos sobre la mujer (psicológica, económica, ambiental, sexual, física) tienen una serie de consecuencias en la salud (4); la mujer sometida a violencia crónica enferma más y pueden aparecer problemas de salud específicos como (5) (6):

-Físicos: hematomas, contusiones, fracturas, heridas, trastornos gastrointestinales, algias inespecíficas, somatizaciones, fibromialgia, cefaleas, obesidad, descompensación y mal control de enfermedades crónicas.

-Sexuales y reproductivos: enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos, complicaciones en el embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, dispareunia, disfunción sexual, heridas y desgarros vaginales.

-Psicológicos: depresión, ansiedad, insomnio, baja autoestima, alcoholismo, drogadicción, trastornos de pánico, trastorno por estrés posttraumático, fobias, conductas suicidas y trastornos alimentarios.

-Mortalidad: homicidio (1^a causa) y suicidio (2^a causa).

Estos problemas de salud determinan que la mujer hiperfrecuente la consulta de atención primaria y de esta manera contactará con los servicios sanitarios (7).

Sin embargo, se ha observado que las mujeres maltratadas también sufren injerencia en el

cuidado de su salud, faltando a menudo a las citas (8) y acudiendo con mayor frecuencia a los servicios de urgencias antes que a otros servicios sanitarios para evitar la creación de lazos terapéuticos.

La violencia de género repercute en los hijos manifestándose en forma de: problemas escolares, síndrome de estrés postraumático, conductas regresivas (enuresis, encopresis), alteraciones en el desarrollo afectivo, aislamiento; en otras ocasiones, niños hipermaduros y en algunos casos, la muerte. Incluso el haber estado expuesto a situaciones de violencia de género en la infancia, produce una merma en su salud de adulto (9).

Lo más difícil para los profesionales es entender por qué una mujer sometida durante años a una situación de violencia, no abandone dicha relación; así como saber esperar y acompañar a la mujer en sus decisiones. La violencia en la relación no aparece bruscamente. Es un proceso que comienza de forma larvada, con el cortejo, y poco a poco se va instaurando la violencia psicológica reforzando el control y el aislamiento de la mujer para terminar en la violencia física, que siempre es la más evidente y la última fase del proceso. Leonore Walker en 1979 emitió una teoría conocida como el "ciclo de la violencia" para explicar por qué estas situaciones llegan a cronificarse. La dificultad para abandonar la relación, aparte de estar explicada por el modelo del ciclo de la violencia, se sustenta en el concepto "aguantar" (10), basado en el ideal de la familia y los valores de la sociedad, el miedo al fracaso, el amor, la dependencia, la falta de apoyos, la escasez de recursos económicos y otros miedos: miedo a la muerte, etc.

El salir del ciclo se relaciona más con el hartazgo, la intervención de los hijos, la pérdida del miedo, el apoyo social, las crisis (fase explosiva), el mayor nivel de estudios, el menor número de hijos y la posibilidad de encontrar un trabajo.

La detección de la violencia de género en las fases iniciales es muy importante porque las consecuencias, tanto físicas como psicológicas serán menores y la mujer tendrá más capacidad de recuperación, y es el personal sanitario de atención primaria, a veces, los únicos profesionales que tienen acceso a una víctima de maltrato. Los signos de sospecha ante los cuales se debe

de estar alerta y pensar en un posible caso de violencia son los siguientes:

En la **consulta de atención primaria**:

-Mujer que consulta sola: mujer que siempre llega tarde, que se retrasa en las citas o se va antes del horario establecido, aspecto envejecido, mirada huidiza, actitud de desvalorización de sí misma, quejas somáticas múltiples (múltiples interconsultas, múltiples pruebas...), dificultad para el abordaje como paciente: agresividad, "paciente difícil", aislamiento social, carencia de amistades, alejamiento de la familia, ropa inadecuada a la época del año para ocultar lesiones.

-Mujer que consulta con su pareja: siempre acompañada por su pareja, dificultad para hablar a solas con la mujer, es la pareja el que explica la enfermedad de la mujer y toma decisiones por ella. Excesivamente solícito, él es el que sabe el tratamiento que lleva y el que controla la medicación y la documentación de ella, desvaloriza las capacidades de la mujer, increpa al médico para solicitar rápida atención para la mujer, agresivo, mira a su pareja antes de hablar.

-Motivos de consultas ginecobstétricas: lesiones genitales (desgarros, hematomas), dificultad en la exploración, mal uso de anticonceptivos orales o rechazo de aquellos que requieran cooperación de la pareja, demanda frecuente de anticoncepción de emergencia, enfermedades de transmisión sexual, preocupación frecuente por el movimiento del bebé, lesiones abdominales, abortos, desgarro de episiotomía, depresión post-parto, fracaso de la lactancia.

En los **servicios de urgencias**: tardanza entre las lesiones y la consulta médica, relato incoherente del mecanismo lesivo, lesiones en diferente estadio evolutivo, alta frecuencia de accidentes, crisis de ansiedad, patrón central de las lesiones, contusiones y lesiones en cabeza, cuello y tórax, intento autolítico, violación, actitud evasiva o de vergüenza por la paciente sin preocuparse por las lesiones.

El primer paso para la intervención es crear en la consulta un ambiente de confidencialidad. Para ganarse la confianza de la mujer maltratada es

fundamental garantizarle que lo que cuente en la consulta va a ser absolutamente privado. Se debe pensar que cualquier mujer es susceptible de estar sometida a un proceso de violencia, independientemente de su clase social, estatus económico, nivel de estudios..., aunque las más vulnerables y susceptibles al riesgo son:

-Las mujeres embarazadas (entre el 7 y el 20% de los embarazos). El riesgo de homicidio/intento se incrementa por tres respecto a mujeres no maltratadas (11).

-Las discapacitadas (12).

-Las adolescentes (13).

-Las inmigrantes (14) presentando más riesgo si carecen de apoyo familiar y las indocumentadas.

Los datos básicos para valorar un caso es realizar una anamnesis detallada e interrogar sobre (15):

-Tipo de violencia a la que está sometida (psicológica, económica, ambiental, sexual, física).

-Tiempo de evolución (cuanto mayor es, peor será la recuperación posterior).

-Impacto en salud, afectación a otros miembros de la familia (hijos convivientes, ancianos).

-Fase del cambio-ciclo de la violencia.

-Red social (apoyos por parte de la familia o sociales).

-Recursos económicos.

-Riesgo vital.

Los factores relacionados con mayor riesgo de homicidio son (16) (17): separación (sobre todo de una pareja controladora), inicio de convivencia con otra pareja, acoso, sexo forzado, mujer que declara temer por su vida (peligro extremo), episodios de violencia que aumentan en frecuencia y gravedad, maltrato a los hijos o a otros miembros de la familia, intentos o amenazas de homicidio de ella o de sus hijos, violencia fuera del ámbito del hogar, violencia sexual, violencia durante el embarazo, abuso de drogas: alcohol, cocaína, etc, presencia de armas

en el hogar o pertenencia del agresor a un cuerpo de seguridad, agresor conoce que la mujer ha solicitado ayuda y mujer que planea divorciarse en un futuro cercano.

El máximo riesgo se sitúa en torno a la separación, los intentos de suicidios previos de la mujer y cuando el maltratador amenaza con matarla a ella, a sus hijos y suicidarse.

Siempre que la mujer manifieste que tiene miedo, o que se encuentra en situación de riesgo vital, no se debe subestimar y hay que adoptar las medidas adecuadas de protección y/o gestionar la salida inmediata del domicilio. En ocasiones, a pesar de todo, la mujer decide continuar conviviendo con el maltratador, entonces el siguiente paso es la elaboración de un plan de seguridad.

La detección es probablemente coste-efectiva si incluye formación del personal, uso de instrumentos validados con posterior derivación a recursos psicosociales y jurídico-legales especializados (18); supone un beneficio económico y ganancia en calidad de vida (19).

Existen escalas de detección que pueden ser aplicables (20) (21):

-El Woman Abuse Screening Tool: la escala abreviada consta de dos preguntas adaptadas a la población española que permiten detectar de forma rápida la violencia de fácil comprensión, útil para el escaso tiempo de las consultas.

-La versión española de Index of Spouse Abuse (ISA): mide violencia física, sexual y emocional, conductas de control y aislamiento y la gravedad de la violencia contra la mujer. Es útil para el abordaje de este problema y para realizar estudios de investigación.

-El PMWI-SF, diseñado para maltrato psicológico.

Existen estudios en los que se demuestra que la mujer prefiere para la detección las encuestas autoadministradas a la entrevista personal y en urgencias la administración de un protocolo de cribado aumenta la detección en un 24% más (22).

Para abordar un problema de maltrato es necesario:

-Tener presente su alta prevalencia (entre un 23% y un 32%).

-Prestar mayor atención a "motivos de consulta ocultos" (razón de consulta) de las pacientes hiperfrecuentadoras y descartar el más mínimo indicio de violencia (aspecto físico algo desaliñado, efluvio telogénico, cefaleas, cistitis de repetición, síndrome ansioso depresivo, astenia, distimia, insomnio, demanda de ansiolíticos, mutismo, gestos evasivos...) Interrogar e indagar sobre hechos como: dejarla sola en casa, nunca quiere que lo acompañe, rechaza mantener relaciones sociales en su compañía, no quiere que trabaje, conductas de ridiculizar e insultar a las mujeres como grupo, actitud de indiferencia hacia sus sentimientos por parte de su pareja...

-Trasmitir el mensaje que no está sola en esto, y para superar esta situación dispone de asesoramiento especializado y facilitación de información por parte del personal sanitario.

-Aclarar el concepto e instruir sobre:

Maltrato psicológico (abuso emocional, verbal y psicológico cuando aísla, controla, prohíbe, rebaja la autoestima, culpabiliza, humilla, ridiculiza, insulta, anula).

Maltrato sexual (exigiéndole verbalmente relaciones, castigándola si no accede a ello).

Ciclo de la violencia (acumulación de tensión, explosión de la violencia, reconciliación o "luna de miel").

Los actos violentos se repiten y aumentan mientras se continúe la relación.

No es una relación donde exista amor, sino posesión, control y dominio.

No cambiará ni se reconducirá la relación.

Los hijos aprenderán los modelos de relación y comportamiento de sus padres.

El estado psicológico, la pérdida de autoestima, el no sentirse con independencia económica y el miedo son los que impiden tomar una decisión. Hablar sobre el miedo, la vergüenza, el sentimiento de culpa que ella percibe. Explicar que no

debe temer por el sufrimiento emocional de los hijos, padres... y es más; si mantiene esa situación se agudizará su aislamiento, su desconfianza, su desvalorización, su dificultad para entablar relaciones sociales futuras...

-Facilitar la comunicación e interrelación entre sus apoyos sociales para poder solicitar su ayuda cuando lo crea conveniente.

-Desaconsejar el consumo de medicación, ya que no le permite mantener el máximo nivel de alerta posible. Advertir que la solución de su angustia, estrés... no es aumentar dosis de fármacos ansiolíticos, sino en saber afrontar los problemas o canalizar el estrés de otra forma. Hacer uso de la educación sanitaria que incluye la salud física y psíquica y no recurrir a subir dosis de ansiolíticos.

-Informar que si por algún motivo decide irse de casa, el hecho de salir del domicilio por una causa razonable, no se considera como incumplimiento del deber de convivencia y no implica la pérdida de ningún derecho; si en el plazo de 30 días presenta la demanda de separación.

-Sentir como una victoria personal y no como un fracaso el hecho de conseguir como mínimo, que la paciente "tenga conciencia" de ser víctima de maltrato; aunque aún no haya tomado la decisión de desvincularse de su agresor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006; 20(3):202-8.
2. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract. 2007; 57(538):396-400.
3. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Somatization in abused women. J Womens Health (Larchmt). 2007; 16(6):909-18.
4. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2008; 58(552):484-7.
5. Eillsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C; WHO Multi-country Study on Women's

- Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008; 371(9619):1165-72.
6. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 2009; 169(18):1692-7.
 7. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002; 23(4):260-8.
 8. McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz ML, Sege R. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(8):1067-72.
 9. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict*. 2002;17(1):3-17
 10. Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero ML, Río Ruiz J, Ortega Fraile I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*. 2009; 41(9):493-500.
 11. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol*. 2002;100(1):27-36
 12. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012; 379(9826):1621-9.
 13. March Cerdá JC. Violencia física y psicológica en parejas adolescentes: más común de lo que parece. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2013 Número 3.
 14. Raj A, Silverman JG. Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2003; 93(3):435-7.
 15. Rodríguez Jimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano L, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. 1ª ed. Marzo 2008.
 16. Argüelles Vázquez R y Lorente Montalvo P. Puntos clave para el manejo en urgencias de casos de violencia de género. *FMC Form Med Contin Aten Prim*. 2012; 19(1):10-5.
 17. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health*. 2003; 93(7):1089-97.
 18. Norman R, Spencer A, Eldridge S, Feder G. Cost-effectiveness of a programme to detect and provide better care for female victims of intimate partner violence. *J Health Serv Res Policy*. 2010; 15(3):143-9.
 19. Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G. Cost-effectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: a modelling study based on a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2012; 2(3).
 20. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(9):390-7.
 21. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):415-20.
 22. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al.; McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006; 296(5):530-6.

ARTÍCULO ESPECIAL

Profesionales: relaciones y actividades en el área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar

Rojas Bruno IM^a

Auxiliar Administrativo/Técnico especialista en la rama administrativa y comercial. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

CORRESPONDENCIA

Isabel M^a Rojas Bruno

E-mail: isabelmariarojasbru@hotmail.com

Recibido el 04-03-2015; aceptado para publicación el 15-05-2015

Med fam Andal. 2015; 2: 164-169

INTRODUCCIÓN

Las Áreas de Gestión Sanitaria son responsables de la gestión unitaria de los dispositivos asistenciales, tanto de atención primaria como atención hospitalaria, así como la salud pública en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Entre sus objetivos destaca la coordinación entre las unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria.

En Andalucía existen catorce áreas, en Almería, el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería[1], en Cádiz las Áreas de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar[2] y Norte de Cádiz[3], en Córdoba las Áreas de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba[4] y Sur de Córdoba[5], en Granada se encuentran las Áreas de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada[6] y Sur de Granada[7], en Huelva el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva[8], en Jaén el Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén[9], en Málaga, las Áreas de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía[10], Norte de Málaga[11] y Serranía de Málaga[12], en Sevilla las Áreas de Gestión Sanitaria de Osuna[13] y sur de Sevilla[14].

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad[15], establece en el artículo 56 que las

Comunidades Autónomas delimitan su territorio con demarcaciones denominadas Áreas de Salud, como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

En la demarcación territorial del Campo de Gibraltar se constituye, conforme a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía[16], el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar para la gestión unitaria de los recursos de las Áreas Hospitalarias de La Línea de la Concepción y Punta de Europa, de Algeciras, así como el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar y aquellos otros centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía que se le adscriban.

El objetivo principal de este estudio es comparar las actividades que realizan profesionales en distintos dispositivos pertenecientes al mismo área de gestión. Analizando las mismas funciones en distintos sectores se observan las diferencias ante el mismo trabajo. También es interesante observar la relación entre los profesionales, con distintas prioridades, perfiles, y vinculaciones entre ellos, que diferencian unas zonas de otras.

SUJETOS Y MÉTODOS

La primera trayectoria estudió el trabajo administrativo en dos zonas diferentes del Área de Gestión Sanitaria. El segundo recorrido comparó la relación entre profesionales en las mismas áreas.

Los sectores estudiados fueron el centro de atención primaria[17] Algeciras-Sur "Saladillo", y la unidad de protección de la salud-sanidad ambiental[18], en distrito.

Los periodos no coincidieron en el tiempo, al tratarse de un mismo observador para ambos exámenes. Estos fueron en agosto de 2012 para el centro de salud y octubre-noviembre de 2012 para la unidad de distrito.

En cuanto al trabajo administrativo las variables estudiadas en ambas zonas fueron:

- Atención al usuario. Su recepción para cursar trámites o consultas.
- Remitir y recibir documentación, como aquellos envíos y acuse de correos, e-mail, fax, en mano a través de otros profesionales o del usuario, etc.
- Adjuntar documentación requerida al usuario para el trámite correspondiente, así como la elaboración o cumplimentación de documentos administrativos.
- Atención telefónica al usuario y a los profesionales.

Los intervalos de la segunda fase del examen englobaron las relaciones entre los profesionales:

- Administrativo y técnico de la unidad de protección.
- Administrativo y director del centro de salud.
- Administrativo e inspectores farmacéuticos de la unidad de protección.
- Administrativo y adjunto de enfermería del centro de salud.
- Administrativo de la unidad de protección con administrativos.

- Administrativo del centro de salud con administrativos.

La medición de relaciones entre profesionales se realizó tomando como muestra todas las comunicaciones efectuadas entre ellos durante el periodo estudiado, motivadas por adjudicación de tareas, consultas, comunicaciones, etc.

Destacar que en la relación administrativa del centro de salud con director y adjunto, se tomó como modelo el administrativo que trabajó en atención al usuario y no aquel que realizó sus tareas en dirección, ya que este último mantuvo una relación mucho más cercana con ambos profesionales.

La muestra revela 800 actividades en el centro de salud y en la unidad de protección, contabilizadas durante los meses del estudio en el primer tramo, así como 373 relaciones orientadas a la segunda vertiente, referida al trato con los profesionales en las dos zonas estudiadas.

Reseñar que se pudieron producir mayor número de actividades y de relaciones entre profesionales durante el periodo muestreado, sin embargo, al llegar al mismo número de trámites en ambas áreas, el examen concluyó.

RESULTADOS

Los resultados que se desglosaron respondieron a 800 actividades desarrolladas en centro de salud y en la unidad de distrito, durante la primera orientación del estudio, así como 373 responden a las relaciones de profesionales en la segunda trayectoria estudiada, que definieron el 100% del muestreo.

Los resultados expresaron estos datos (Tabla1):

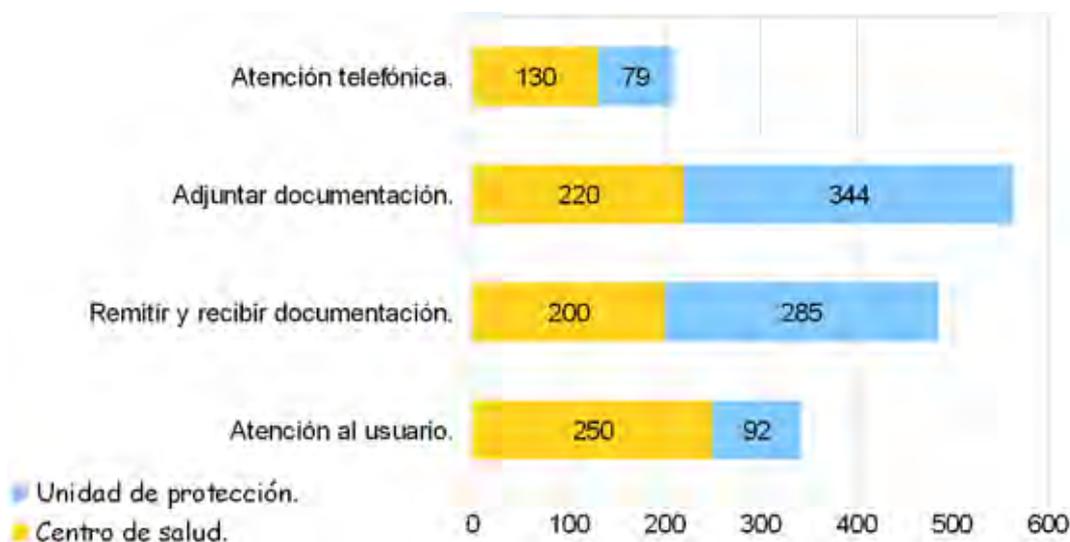
- **Atención al usuario.** En el centro de salud se recogieron 250 asistencias al usuario, con el 31% y la unidad de protección agrupó 92, con el 12%.
- **Remitir y recibir documentación.** El centro de salud sumó un total de 200 comunicaciones, con el 25% y la unidad de protección 285, con el 35%.

- **Adjuntar documentación.** En el centro de salud se presentaron 220 documentos, el 28% y en la unidad de protección 344, el 43%.

- **Atención telefónica.** En el centro de salud se registraron 130 comunicaciones, el 16% y 79 en la unidad de protección, el 10 %.

Tabla 1. Muestra de 800 actividades realizadas, equivalentes al 100% muestreado

	Atención al usuario	Remitir y recibir documentación	Adjuntar documentación	Atención telefónica
Centro de salud.	250	200	220	130
Unidad de protección	92	285	344	79



El rango o recorrido de las diferentes actividades fue 120 en el centro de salud y 265 en la unidad de protección. La media se situó en 200 para ambos sectores y la desviación típica se localizó en 44 para el centro de salud y 116 para la unidad de protección.

Los intervalos de la segunda fase estudiados, entre los profesionales, proyectaron estos resultados: (Tabla2 -ver página siguiente-).

El rango o recorrido en el centro de salud fue de 218. La media se situó en 123 y la desviación típica en 97.

El rango o recorrido en la unidad de protección se ajustó en 123. La media en 124 y la desviación típica en 59.

DISCUSIÓN

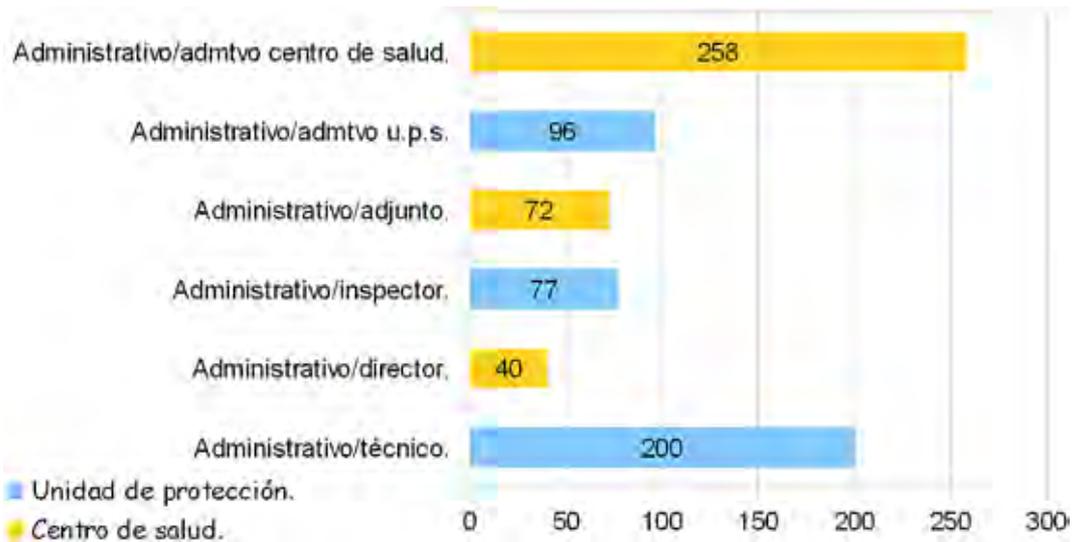
La duración del estudio no coincidió con el periodo del año en el que cuantitativamente se registraron en la unidad de protección-sanidad ambiental el mayor número de solicitudes de apertura de piscinas de uso público.

Se apreció, rotundamente, que el porcentaje referido al valor "atención al usuario" en el centro de salud superó con gran diferencia al de la unidad de protección. En el centro de salud la atención al usuario es una tarea frecuente para todos los profesionales que trabajan en él, ya que ocupa la mayor parte de su tiempo de trabajo.

Los resultados porcentuales en la segunda fase del estudio, de relación entre profesionales, de-

Tabla 2. Muestra total de 373 relaciones entre profesionales 100%

PROFESIONALES.	RELACIONES.
Administrativo y técnico de la unidad de protección.	200 relaciones, el 54% Muestra 373.
Administrativo y director del centro de salud.	40 relaciones, el 11% Muestra 373.
Administrativo e inspectores de la unidad de protección.	77 relaciones, el 21%. Muestra 373.
Administrativo y adjunto del centro de salud.	72 comunicaciones, el 20% Muestra 373.
Administrativo de la unidad de protección con administrativos.	96 relaciones, el 26% Muestra 373.
Administrativo del centro de salud con administrativos.	258 comunicaciones, el 69% Muestra 373.



muestran que en el centro de salud sobresale la independencia y responsabilidad en el personal administrativo, su relación con los superiores es cualitativamente menor que en la unidad de distrito, cuyo técnico supervisa y controla en gran medida las tareas realizadas en el departamento, quedando así reflejado en los resultados.

En el centro de salud el vínculo entre profesionales de la misma categoría supera al de la unidad de protección. Contrariamente en la unidad de protección, la relación con profesionales de categoría superior supera a las del centro de salud.

En ambos casos puede deberse, a la relación mucho más fluida entre el personal de la misma categoría cuando hay terceros implicados, y la comunicación con el superior cuando las decisiones que se toman dependen de su dirección y control.

La aportación de documentación incluye como pieza fundamental al usuario y comprende la elaboración y/o cumplimentación, ocupando la primera posición porcentual en los resultados de la unidad de protección. La mayor parte del trabajo se realiza internamente sin apenas relación con el usuario, salvo en contadas ocasiones

o periodos anuales, nada comparable con el día a día en un centro de salud.

Sin embargo el trabajo realizado en la unidad de protección es muy completo y se compone de una serie de etapas que llevan finalmente al objetivo propuesto, de ahí se desprende el porcentaje obtenido.

El adjunto de enfermería en el centro de salud Algeciras-Sur es el referente del administrativo, lo que no excluye la posible actuación del director de la unidad de gestión clínica para solucionar diferentes situaciones que puedan surgir.

El usuario utiliza diariamente, ocupando en gran medida, el tiempo de trabajo del administrativo, que unido al considerable número de personas que acuden al centro, requieren en la mayoría de los casos que el profesional tome decisiones rápidas, apoyándose en sus compañeros de distrito o en su propia profesionalidad para dar solución a la variedad de asuntos que se dan periódicamente en el centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden 5 de octubre de 2006 (BOJA núm. 202, de 18 de octubre de 2006)
2. Orden 2 de diciembre 2002 (BOJA núm. 149, de 19 diciembre de 2002)
3. Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (BOJA núm.36, de 20 de febrero de 2013)
4. Decreto 68/1996, de 13 de febrero (BOJA núm. 37, de 23 de marzo de 1996)
5. Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (BOJA núm.36, de 20 de febrero de 2013)
6. Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (BOJA núm.36, de 20 de febrero de 2013)
7. Orden 5 de octubre de 2006 (BOJA núm. 202, de 18 de octubre de 2006)
8. Orden de 20 de noviembre de 2009 (BOJA núm. 247, de 21 de diciembre de 2009)
9. Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (BOJA núm.36, de 20 de febrero de 2013)
10. Orden de 20 de noviembre de 2009 (BOJA núm. 247, de 21 de diciembre de 2009)
11. Orden 5 de octubre de 2006 (BOJA núm. 202, de 18 de octubre de 2006)
12. Orden 5 de octubre de 2006 (BOJA núm. 202, de 18 de octubre de 2006)
13. Decreto 96/1994, de 3 de mayo (BOJA núm. 83, de 7 de junio de 1994)(1 MB) y Decreto 69/1996, de 13 de febrero (BOJA núm. 37, de 23 de marzo de 1996)
14. Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (BOJA núm.36, de 20 de febrero de 2013)
15. 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>
16. 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/cs salud/galerias/documentos/c_1_c_5_normativa/normas_autonomicas/ley_salud_andalucia.pdf
17. 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>
18. Decreto 197/2007, de 3 de julio, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Es en el Capítulo II, sección 2ª, artículo 18, donde se desarrolla la estructura funcional, aquí quedan definidas las funciones del Servicio de Salud Pública como la protección de la salud en las vertientes de salud ambiental y alimentaria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2007;140:14.URL:<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/boletin.140.pdf>
19. 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: 96-109URL: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2012/115/BOJA12-115-00014-10375-01_00008862.pdf

Figura 1. Actividades en el centro de salud



Figura 2. Temas tratados entre los profesionales de la unidad de protección de la salud-sanidad ambiental



Tratamiento quirúrgico para onicocriptosis en Atención Primaria: técnica de Kaplan

Sr. Director:

La onicocriptosis es una de las patologías más frecuentes del pie. Antes de desarrollar un plan terapéutico adecuado es fundamental establecer un diagnóstico correcto. En la actualidad, esta afección tiene un abordaje muy estudiado desde el punto de vista quirúrgico. A menudo, la opción terapéutica más utilizada como tratamiento de esta patología, es la eliminación completa de la lámina ungueal; siendo sencilla por parte del profesional que la elabora, aunque solamente está indicada en situaciones muy concretas. En la mayoría de los casos es una alternativa desproporcionada y excesiva, respecto a la posibilidad de llevar a cabo otras técnicas más específicas con el objetivo de corregir el problema, sin necesidad de extirpar totalmente la uña (1).

Siempre se intentará conservar intacta la lámina ungueal en la medida de lo posible, ya que cumple funciones tan importantes como:

- Sensitiva. Las terminaciones nerviosas mejoran la percepción del tacto fino e identifica objetos.
- Opresora.
- Protectora: de la zona distal del dedo, de la última falange y de las estructuras vasculares y nerviosas; su pérdida produce disminución de la sensibilidad del extremo libre del dedo.
- Cosmética. Mejora el aspecto estético de los dedos.

- Biomecánica. Durante la fase de apoyo, la uña sirve de toma de contacto de los pulpejos con el suelo, ensanchando a éstos para aumentar la superficie de apoyo, la estabilidad del dedo y del antepié. En la fase de despegue, aumenta el brazo de palanca que forma la última falange y ayuda al músculo flexor a la elevación del dedo, protege los tejidos blandos distales y evita su hipertrofia. Durante una fracción de segundo, todo el peso del cuerpo recae sobre la porción final del primer dedo del pie, a lo que hay que sumarle la energía cinética resultante del impulso hacia delante del peso corporal (2). Graves trastornos de la uña de los dedos del pie, causan disfunciones de las extremidades inferiores y aumentan el riesgo de caídas en la vida diaria (3).

Teniendo en cuenta todas las funciones que tiene la uña, se considera la avulsión integral de ella, un método extremista en el tratamiento de la onicocriptosis. Por lo tanto, solamente debe emplearse en situaciones clínicas muy específicas, donde no haya otra alternativa quirúrgica y bajo ninguna norma, efectuarlo de forma sistemática. Es conveniente combinarla con una matricectomía, eliminando así el tejido responsable del crecimiento de la lámina ungueal (4).

Los criterios de elección de una matricectomía total incluyen: nula respuesta a tratamientos conservadores, onicocriptosis recurrente, recidivas quirúrgicas de onicocriptosis, presencias de onicopatías asociadas como onicodistrofias, onicomiosis, onicogriposis... (figura 1), falanges distales muy prominentes, presencia de patología ósea subyacente (exóstosis, osteocondromas), etc.

La intervención quirúrgica de Kaplan, consiste en una avulsión ungueal con matricectomía mecánica completa (5). El instrumental necesario en el desarrollo de este procedimiento consta de: mango bisturí n° 3 y hoja bisturí n° 15, mosquito, pinza de Adson con dientes, escoplo, cucharilla de Wolkman, lima ósea, cizalla gubia, portaguas, seda de 4/0, tijeras de Mayo y unas pinzas de cangrejo.

El paciente firma el consentimiento informado, previa facilitación de la información sobre el método de Kaplan y posibles complicaciones. La técnica se realiza con asepsia del campo quirúrgico.

Se diseña con bolígrafo dermatográfico el procedimiento a ejecutar. A continuación, tiene lugar el bloqueo anestésico del primer dedo y se prosigue a conseguir la hemostasia mediante un anillo hemostático que nos libere del sangrado que se pueda producir durante la intervención quirúrgica.

El escoplo es usado para despegar en su totalidad la lámina ungueal. Se separa la uña del eponiquio a través de la cutícula liberándose en la región dorsal, seguidamente se liberan los laterales de la uña y finalmente se introduce el escoplo por el hiponiquio, consiguiendo despegar del lecho la cara plantar de la uña. Se realiza la ablación entera de la lámina con mosquito. Posteriormente, se hacen dos incisiones proximales, ligeramente oblicuas a cada lado correspondiente del canal ungueal, por encima del eponiquio, extendiéndose 1.5 cm. El colgajo que se obtiene, se desplaza hacia atrás y se efectúa la extracción de la matriz con bisturí n°15. Del mismo modo, se materializa la exéresis del lecho ungueal, desde el hiponiquio hasta llegar al eponiquio, junto al colgajo; practicando una incisión longitudinal del lecho con la intención de diseccionarlo en dos mitades. En el caso de existir fragmentos de exóstosis, se eliminan con la cizalla y se liman. Por último, se procede al legrado a nivel del periostio de la falange distal en su cara dorsal y a un lavado minucioso de arrastre con suero fisiológico, pretendiendo hacer desaparecer completamente restos de células germinativas matriciales y evitar recidivas.

En el cierre de la herida por primera intención se utiliza una seda de 4/0 para la sutura, realizando

dos puntos simples a nivel proximal en el eponiquio. La falange quedará expuesta, dejando que cicatrice por segunda intención.

Se aplica Povidona yodada, tul graso, gasas y un vendaje semicompresivo del dedo. En la región del lecho ungueal se deposita pomada con colagenasa, facilitando el cierre por segunda intención. Se indicarán las siguientes recomendaciones al paciente: elevar el miembro, colocar frío local intermitentemente, deambulación precoz, curas locales a las 48 horas, a los 5 días y a los 13-15 días. Se aconseja retirar los puntos a los 7-10 días de la intervención. A partir de la retirada de puntos, dar baños o sumergir el pie en agua fría con sal e impregnar de Povidona yodada la zona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Park DH, Singh D. The management of ingrowing toenails. *British Medical Journal*. 2012; 344:e2089.
2. Haneke E. Controversies in the treatment of ingrown nails. *Hindawi Publishing Corporation Dermatology Research and Practice*. 2012; Volume 2012: Article ID 783924, 12 pages
3. Imai A, Takayama K, Satoh T, Katoh T, Yokozeki H. Ingrown nails and pachyonychia of the great toes impair

Figura 1. Engrosamiento y desviación lateral de la lámina ungueal en el primer dedo del pie izquierdo (onicogriposis)



lower limb functions: improvement of limb dysfunction by medical foot care. *International Journal of Dermatology*. 2011; 50:215-20.

4. Joel J. Heidelbaugh, MD, and Hobart Lee, MD. Management of the Ingrown Toenail. *American Family Physician*. 2009; Volume 79, number 4.
5. Monari P, Gualdi G, Arisi M, Crotti S, Pinton PC. Letter: onychocryptosis of the toenail: the effectiveness of surgical matricectomy. *Dermatologic Surgery*. 2012; 38(8):1413.

Juárez Jiménez M^aV¹, Baena Bravo AJ², De La Cruz Villamayor JA²

¹Médico de familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla (Jaén)

²Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Relevancia del seguimiento evolutivo de las patologías y en concreto en la enfermedad de Sever para el correcto diagnóstico y tratamiento

Sr. Director:

Un varón de 9 años de edad acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por presentar un dolor en ambos talones que le impide seguir con la actividad deportiva (baloncesto) que estaba practicando.

Tras la exploración de la región del calcáneo, se diagnostica de contusión por el traumatismo sufrido tras realizar un salto durante la práctica deportiva. Refiere haber padecido varios episodios similares de molestias en dicha zona y de modo unilateral, que cedían cuando no hace ningún tipo de deporte. Se pauta un vendaje neuromuscular con material prevenda y venda inelástica para inmovilizar las estructuras inflamadas perilesionales y relajar la tracción que pueda ejercer la musculatura posterior de la pierna y la fascia plantar sobre sus inserciones en el calcáneo (sistema aquileo-calcáneo-plantar); además de analgésicos, reposo relativo y crioterapia local. Se les indica a los padres la necesidad de ser valorado por su pediatra, garantizando así la vigilancia de la evolución y la posibilidad de prescripción de pruebas complementarias pertinentes en el caso de precisarlas.

Con posterioridad a su seguimiento en consulta, el análisis de la historia clínica, una palpación más específica y una radiografía, se diagnostica de una apofisitis calcánea bilateral. Los pacientes que son atendidos con síntomas comunes a los que definen esta patología y cuya edad queda comprendida en los periodos patológicos de la misma, deben ser explorados concienzudamente, elaborando una anamnesis pormenorizada y una radiografía para descartar la enfermedad de Sever con respecto a sus posibles diagnósticos diferenciales.

De lo contrario, se incurre en un error del juicio clínico inicial y en el paciente puede dar lugar a lesiones secundarias por una continuidad de sus ejercicios deportivos y por la aplicación inadecuada del tratamiento.

La enfermedad de Sever o apofisitis calcánea es una causa frecuente de dolor de talón en niños en fase de crecimiento; fundamentalmente se manifiesta cuando realiza ejercicio físico o después de marchas muy prolongadas.

Histopatológicamente el cuadro se enmarca dentro de las necrosis óseas de las zonas de crecimiento, también llamadas osteocondritis. Se caracterizan por una osificación endocondral anormal de las epífisis o placas de crecimiento que afectan a los procesos de condrogénesis y osteogénesis.

El calcáneo tiene una disposición especial, siendo el único hueso del tarso que se origina a partir de dos centros de osificación: uno en el cuerpo (4^º-6^º meses de vida fetal) y otro en la apófisis posterior (a partir de los 8 años). Las dos porciones óseas se unen entre los 14 y los 16 años para formar el calcáneo. La apófisis se fusiona al cuerpo del calcáneo dos años antes en las mujeres que en los hombres, por lo que su alteración puede observarse en niños entre 7-16 años de edad.

El complejo aquileo-calcáneo está formado por el hueso del calcáneo, situado en el retropié, y por el tendón de Aquiles que se inserta en la apófisis mayor del calcáneo, continuándose hacia proximal, convirtiéndose en el músculo soleo y gemelos interno y externo. Éstos se van a insertar en la región posterior e inmediatamente superior de los cóndilos femorales. La función principal

en el pie de este complejo es la flexión plantar del tobillo.

La etiología es desconocida, pero juegan un papel importante las causas: genéticas, traumatismos repetitivos, alteraciones vasculares, factores mecánicos y desequilibrios hormonales.

En los pacientes con esqueleto inmaduro y con dolor en las zonas de crecimiento es conveniente plantear como posibilidad diagnóstica la osteocondrosis, sin olvidar que se deben descartar orígenes traumáticos, inflamatorios o infecciosos.

La edad media de presentación es alrededor de los 11 años, que varía en un rango de edad entre los 8 a 15 años. Afecta más a niños que a niñas, con una proporción 3:1. En el 60% de los sucesos, la afectación es bilateral. El dolor en los pies y sobre todo en talones es un motivo de consulta habitual en pediatría de Atención Primaria (1).

Las radiografías simples no revelan rasgos significativos de la enfermedad de Sever. Son características normales de un calcáneo en desarrollo: osificación, irregularidades con esclerosis y fragmentación en el interior de las apófisis; lo que dificulta la interpretación de las radiografías.

En las pruebas de imagen a solicitar, destaca la radiografía en bipedestación, con proyección lateral y dorsoplantar de ambos pies. Estas proyecciones radiológicas sirven para valorar el proceso de osificación del calcáneo y la posición del calcáneo respecto a otras estructuras óseas del pie; siendo una herramienta útil para efectuar mediciones de ángulos y evidenciar el tipo morfológico del pie: cavo, plano, valgo, varo u otras alteraciones patomecánicas que puedan influenciar en el desarrollo de una apofisitis calcánea debido a un desequilibrio musculotendinoso de sus inserciones en el calcáneo. Diversos estudios vienen a asociar el pie cavo o pronado con una mayor predisposición a la enfermedad de Sever (3). En la proyección lateral del talón, la apófisis se visualiza en forma de "dientes de sierra", levemente aplastada y fragmentada (diagnóstico diferencial con apófisis normal bipartita, tripartita o polifragmentada), dependiendo de la gravedad de la lesión (2).

Las manifestaciones clínicas acontecen generalmente en un niño preadolescente con dolor en

el talón (concretamente en el extremo distal) que se incrementa o aparece de forma intermitente, con la actividad sobre superficies duras. La clínica mejora con el reposo, pero reaparece tras el ejercicio. Algunas veces, la semiología del dolor comienza al día siguiente, con lo que resulta más difícil establecer el nexo causal.

Un examen inicial pudiera mostrar simplemente dolor con la compresión medio-lateral de la parte posterior del calcáneo y no otras anomalías. Caminar de puntillas es una medida que está indicada para aliviar el dolor. La flexión dorsal de tobillo puede estar levemente disminuida como consecuencia de la rigidez mínima del tendón de Aquiles.

El diagnóstico se alcanza exclusivamente por el examen clínico y la anamnesis. Las pruebas complementarias excluyen otras afecciones similares.

El diagnóstico diferencial incluye: tendinitis de Aquiles, bursitis retrocalcánea, fracturas de estrés del calcáneo, quistes del calcáneo, osteomielitis y fascitis plantar.

Existen diferentes modos de abordaje terapéutico: reposo o el cese total de todo tipo de deporte, uso de taloneras de descarga, uso de ortesis nocturnas antiequino, estiramiento de la musculatura acortada (gemelos), aplicación de ultrasonidos, AINES (antiinflamatorios no esteroideos), crioterapia. Se ha descrito la eliminación de la apófisis en los casos muy dolorosos e incapacitantes, pero esta última opción en pocas ocasiones se lleva a cabo (4).

Con las medidas de prevención y de tratamiento adecuadas, suele resolverse en 1-2 meses. El inconveniente es que tras la mejoría, no se continúan realizando, con lo que a veces hay recaídas. Sin utilizar ninguna pauta, la sintomatología desaparece cuando se empieza a fusionar el núcleo de osificación secundario con el primario (a partir de los 12 años). Prácticamente nunca se producen secuelas, ya que es un cuadro benigno (5)(6). Si este proceso no es tratado correctamente, la apófisis puede evolucionar hacia un desarrollo anómalo con una osificación defectuosa. En situaciones más graves puede producirse una osteítis y lesiones destructivas. En algún paciente puede incluso evidenciarse una periostitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tu P, Bytowski JR; Diagnosis of heel pain. Am Fam Physician. 2011; 84(8): 909-16.
2. Rachel JN, Williams JB, Sawyer JR, Warner WC, Kelly DM. Is radiographic evaluation necessary in children with a clinical diagnosis of calcaneal apophysitis (sever disease)? J Pediatr Orthop. 2011; 31(5): 548-50.
3. Rolf Wilhelm Scharfbillig, Sara Jones, Sheila Scutter. Sever's disease—Does it effect quality of life? The Foot. 2009; 19(1): 36-43.
4. Weiner DS, Morscher M, Dicintio MS. Calcaneal apophysitis: simple diagnosis, simpler treatment. J Fam Pract. 2007; 56(5): 352-5.
5. Hendrix CL. Calcaneal apophysitis (Sever disease). Clin Podiatr Med Surg. 2005; 22(1): 55-62.
6. Gary C. Hunt, Thomas Stowell, Gregory M. Alnwick, Shaun Evans. Arch taping as a symptomatic treatment in patients with Sever's disease: A multiple case series. The Foot. 2007; 17(4): 178-183.

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

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

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

³Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Cirugía menor en el tratamiento de la onicocriptosis distal en atención primaria: técnica de Duvries III

Sr. Director:

La uña encarnada es una enfermedad ungueal muy frecuente en la consulta de atención primaria que conlleva gran molestia e incapacidad para el paciente. Afecta principalmente a varones jóvenes durante la segunda y tercera década de la vida (1).

La onicocriptosis distal se define como la anomalía de la lámina ungueal, donde el extremo libre de ésta interacciona defectuosamente con el pliegue ungueal, incrustándose en el tejido blando, produciendo dolor, inflamación e incluso infección (2). El hiponiquio bloquea el final de la uña, impidiendo su progreso (Figura 1).

La placa ungueal, entre otras funciones, sirve para contrarrestar las fuerzas que se ejercen al caminar. La uña contribuye a la toma de contacto de los pulpejos con el suelo ensanchando a éstos para aumentar la superficie de apoyo:

- Incrementa la estabilidad del dedo y en consecuencia la del antepié.
- Aumenta el brazo de palanca que configura la última falange y ayuda al músculo flexor largo al despegue del primer dedo.

También protege las estructuras blandas distales y evita su hipertrofia.

Cuando la uña desaparece por diversas causas, y ésta no desempeña su función, las fuerzas reactivas que ejerce el suelo sobre el primer dedo al caminar, posibilitan la expansión dorsal de las partes blandas. En los casos donde ha habido una avulsión de la uña, es muy habitual que el

paciente presente un encajamiento distal como complicación (3) (4). El exceso de tejido en la región terminal propicia que la uña quede enclavada, interfiriendo con su crecimiento normal, dando como resultado inflamación y dolor. Dicho engrosamiento constituye una pared anterior que origina el enclavamiento y no permite que el margen libre de la uña crezca de manera normal.

Su etiología es multifactorial, hay muchos agentes que pueden fomentar la aparición y desarrollo de esta patología. Existen factores extrínsecos, como un corte incorrecto de las uñas, uso de calzado inapropiado, traumatismos o microtraumatismos de repetición, autotratamiento de la afección, higiene inadecuada y ciertos medicamentos que favorecen la onicocriptosis. Como factores intrínsecos, se encuentra la predisposición genética, distrofia de la lámina ungueal, alteraciones biomecánicas, anomalías congénitas, hiperhidrosis, presencia de patología ósea subyacente, deformidades digitales, procesos inflamatorios y alteraciones de la morfología ungueal propias del envejecimiento (onicogrifosis, onicocauxis, onicomiosis, etc) (1).

El abordaje terapéutico de este tipo de lesiones se lleva a cabo fundamentalmente con cirugía. La técnica de Duvries III, es una variedad quirúrgica indicada para el tratamiento de onicocriptosis distal, provocada por la hipertrofia del tejido blando. Consiste en la resección en cuña, de piel y capa subcutánea del rodete terminal del dedo, suturando los bordes de la herida con el fin de aplanar el pliegue final del dedo (5) (6).

Se facilita al paciente la información sobre la técnica de Duvries III y sus posibles inconvenientes. Una vez comprendido, firma el consentimiento

informado. La intervención se establece bajo la asepsia del campo quirúrgico.

El instrumental necesario para desarrollar este procedimiento consta de: mango bisturí n° 3, hoja bisturí n° 15, pinza de Adson con dientes, porta agujas, tijeras de Mayo y unas pinzas de cangrejo.

Se procede al bloqueo anestésico del primer dedo. Se lava el pie con povidona yodada jabonosa y se aplica la hemostasia mediante un anillo hemostático que dificulte el sangrado que se pueda ocasionar durante la intervención.

El procedimiento se basa en realizar dos incisiones:

- La primera describe una línea recta, a nivel dorsal y distal de la yema del dedo, profundizando hasta incluir la capa subcutánea,

Figura 1. Distrofia ungueal en primero, segundo y tercer dedo del pie izquierdo. El borde final de la uña del primer dedo está incrustada en la pared anterior del hiponiquio (onicocriptosis distal). Pie egipcio. Index minus



de medial a lateral. La incisión se efectúa a 5 milímetros por debajo del extremo libre de la uña.

- La segunda incisión se traza como una semielipse, de 4-8 mm de apertura, coincidiendo su inicio y finalización con la anterior, de igual dimensión y profundidad, con una localización más plantar.

Con ayuda de las pinzas de Adson, se extrae la cuña de piel en forma de semiluna. Dicha pieza se extiende simétricamente a ambos lados del dedo y puede tener una anchura máxima desde 8 milímetros a 1 centímetro, dependiendo de las dimensiones del dedo del paciente.

A continuación, se aproximan y coaptan los bordes de la herida. Se utiliza una sutura discontinua con puntos simples. Es esencial dirigir el labio superior hacia la planta para reducir el mamelón, cerrando el defecto y dejando espacio libre para que la uña crezca por encima. Se debe evitar una tensión excesiva en la unión de la herida.

Se concluye con la liberación de la hemostasia y un vendaje semicompresivo del antepié, con ligera flexión plantar del primer dedo para impedir una tracción importante de las zonas blandas.

Las complicaciones secundarias que pueden ocurrir tras el procedimiento son:

- Sangrado postoperatorio, debido a una pobre compresión o deambulacion precoz del paciente.
- Necrosis tisular como consecuencia de una sutura con demasiada tensión o al uso de anestésico con vasoconstrictor (desaconsejado en cirugía de uña).
- Recidiva, cuando hay una eliminación deficiente de las partes blandas hipertrofiadas, el avance del extremo distal de la uña volverá a verse obstaculizado (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Heidelbaugh JJ, Lee H. Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009 Feb 15; 79:303-8.

2. DeLauro NM, DeLauro TM. Onychocryptosis. Clinics in Podiatric Medicine and Surgery. 2004; 21:617-30.
3. Piraccini BM, Iorizzo M, Antonucci A, Tosti A. "Treatment of nail disorders". Therapy 2004; 1: 159-167.
4. Nouri K. Complications on dermatologic surgery. Mosby Elsevier, Philadelphia, 2008: 147.
5. Aksakal AB, Oztas P, Atahan C, Gurer MA. Decompression for the management of onychocryptosis. J Dermatolog Treat. 2004; 15:108-11.
6. Martínez Nova A, Sánchez Rodríguez R, Alonso Peña D. Plásticos de descarga. Técnicas de DuVries II y III. En: Matínez Nova A, editor. Podología: Atlas de cirugía ungueal. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 133-5.

Juárez Jiménez MV¹, Baena Bravo AJ²,
De La Cruz Villamayor JA²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)
²Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
Graduado en Podología

mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Enfermedad de Paget-Schroetter

Señor Director:

Presentamos el caso de un varón de 43 años de edad que como antecedentes personales relevantes presenta hipercolesterolemia sin tratamiento farmacológico y ser fumador de 20 cigarrillos al día.

Acudió a urgencias por un cuadro de dolor en miembro superior derecho, no irradiado, con aumento de la temperatura y del tamaño en relación al contralateral. El paciente refería trabajar en la construcción y manipular diariamente un martillo neumático. La exploración física reveló la existencia de edema y aumento de la temperatura del miembro superior derecho, junto con dolor a la palpación. Se realizó hemograma y bioquímica que fueron rigurosamente normales, y coagulación en la que destacó la existencia de un dímero elevado 482 ng/mL. Ante la sospecha de una trombosis venosa profunda (TVP) se solicitó un eco-doppler del miembro afectado, en el que se visualizó material ecogénico en el interior de las venas basilica, axilar y subclavia distal. El electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales. Se realizó estudio de trombofilia (factor VIII, proteína C funcional, proteína S funcional, proteína S antiogénica, plasminógeno funcional, resistencia proteína C activada, anticoagulante lúpico DVV, factor II (mutación 620210 A) y factor V de Leyden) que resultaron normales. El estudio de marcadores tumorales también fue normal. Se inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular, posteriormente se pasó a acenocumarol que se mantuvo durante 3 meses.

La TVP del miembro superior es una entidad poco frecuente, se estima que representa el 10%

de todos los casos de TVP¹. Clásicamente se clasifican en primarias (idiopáticas, por compresión de la vena subclavia o relacionadas con el ejercicio) y secundarias (cáncer, trombofilia, traumatismo, cirugía del hombro, asociadas a catéteres venosos o de causa hormonal)². Las primarias relacionadas con el ejercicio, como en nuestro caso (manejo de martillo neumático) se denominan síndrome de Paget-Schroetter. Sir James Paget (1875) fue el primero en describir un caso de trombosis espontánea de vena subclavia y von Schroetter (1884) lo atribuyó a lesión directa de la vena por compresión. Este síndrome es más frecuente en la extremidad dominante y en varones menores de 40 años³. En estos pacientes los movimientos de hiperabducción y rotación externa producen microtraumatismos en la íntima de la vena con activación de la coagulación.

La clínica clásica consiste en dolor, edema y sensación de pesadez en el miembro afectado, generalmente el inicio de la sintomatología es brusco y en el 85% de los casos comienza en las 24 h siguientes a la realización del ejercicio. La prueba de elección para el diagnóstico es la ecografía y al igual que sucede con la TVP de miembros inferiores puede producir tromboembolismo pulmonar, aunque su incidencia es inferior⁴.

En cuanto al tratamiento, las guías actuales recomiendan anticoagulación durante un mínimo de 3 meses, si bien se ha observado que con este tratamiento la incidencia del síndrome postrombótico puede ser de hasta un 50% a los 6 meses, del 30% al año y del 25% a los dos años, por lo que algunas unidades especializadas prefieren la realización de trombolisis local y cirugía descompresiva precoz, con el propósito de disminuir estas cifras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joffe HV, Kucher N, Tapson VF, Goldhaber SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis: a prospective registry of 592 patients. *Circulation*. 2004; 110:1605-11.
2. Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med*. 2011;364:861-9.
3. Sheeran SR, Hallisey MJ, Murphy TP, Faberman RS, Sherman S. Local thrombolytic therapy as part of a multidisciplinary approach to acute axillosubclavian vein thrombosis (Paget-Schroetter syndrome). *J Vasc Interv Radiol*. 1997;8: 253-60.
4. Mai C, Hunt D. Upper-extremity deep venous thrombosis: a review. *Am J Med*. 2011;124:402-7.

Gargantilla Madera P^{1,2}, Arroyo Pardo N¹,
Pintor Holguín E², Belda Bilbao L¹

*1 Servicio de Medicina Interna, Hospital de
El Escorial de Madrid*

2 Universidad Europea de Madrid

pgargantilla@yahoo.es

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Disnea súbita en mujer joven

Sánchez Vico AB¹, Sánchez Vico M³D², Castillo Díaz R³¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ZBS Andújar. AGS Norte de Jaén²Enfermera UGC Urgencias. Hospital San Agustín de Linares (Jaén)³Enfermero UGC Urgencias. Hospital San Agustín de Linares (Jaén)

Mujer de 22 años, estudiante, con antecedentes personales de cefalea y obesidad, fumadora de 4-5 cigarrillos/día, en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace un año. Consulta en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria por cuadro de disnea y aumento de edemas en miembros inferiores desde el día anterior. Los días previos había presentado cuadro con tos seca, sin fiebre ni hemoptisis, edemas en miembros inferiores y dolor en la pierna izquierda.

En la exploración física se aprecia aceptable estado general, con estado hemodinámico conservado. TA: 190/105. Palidez cutánea. Consciente, orientada y colaboradora, sin focalidad neurológica. Disnea en reposo con tiraje subcostal y supraclavicular. ACR: tonos taquicárdicos, rítmicos con murmullo vesicular disminuido sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin defensa, no apreciándose masas ni megalias. Miembros inferiores: edemas con fovea bimaolares con pulsos conservados y Homans negativo.

Se le instaura tratamiento con Oxígeno en mascarilla a 15 lpm con reservorio, Hidrocortisona 200mg vía intravenosa (iv), Pantoprazol iv, Metilprednisolona 80 mg iv, aerosoles con Budesonida 0,50mg/ml e Ipatropio 250mcg/ml, Enoxaparina sódica 100 mg vía subcutánea (sc) y Furosemida 20 mg dos ampollas iv en bolo, siendo trasladada al Hospital de referencia.

Los resultados de las pruebas complementarias realizadas fueron:

Análítica: Hemoglobina 7,2g/dL. Hematocrito 21,6%. Leucocitos 13190/mm³ (86% Neutrófilos, 7% Linfocitos, 4% Monocitos). Plaquetas 127.000/mm³.

Bioquímica: Glucosa 102 mg/dL. Urea 100 mg/dL. Creatinina 4,6 mg/dL. Proteína C Reactiva: 2,4 mg/dL.

Coagulación normal salvo Dímero D: 1485 ng/mL.

Test de Coombs directo negativo. Esquistocitos 7%. Haptoglobina 2,8 mg/dL. LDH 3214 U/L. Marcadores de autoinmunidad y serología negativos.

Gasometría: pH 7,37. pCO₂ 30 mmHg. pO₂ 56 mmHg. Saturación O₂ 88%. Bicarbonato 17,3 mmol/L.

Orina: Proteinuria 3,3mg/24h. Sedimento: Microhematuria. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 72 lpm.

Radiografía de tórax: cuadro de infiltrados alveolares y derrame pleural bilateral.



Pasando la paciente a ser ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

- a. Tromboembolismo pulmonar.
- b. Insuficiencia cardiorespiratoria descompensada.
- c. Insuficiencia renal aguda por síndrome hemolítico urémico atípico.
- d. Púrpura trombótica trombocitopénica.
- e. Síndrome pulmón-riñón con anemia asociada.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Lesiones ampollosas en un niño

Fernández Bonilla CM^a*MIR 3er año de MFyC. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)*

Niña de 7 años de edad que reside en un entorno rural, acude a consulta acompañada de sus padres por presentar desde hace unas horas, tras pasar el día en el campo, placa eritematosa y caliente en tercio medio de miembro inferior izquierdo.

Nuestra paciente carecía de antecedentes familiares y personales de interés. No había ingerido medicación las semanas previas a la aparición del cuadro. No había presentado infecciones de tracto respiratorio superior ni inmunizaciones relacionadas con su calendario vacunal, que seguía de forma correcta.

Exploración física:

La paciente presenta buen estado general y se encuentra afebril.

Presenta la mencionada placa eritematosa en miembro inferior izquierdo.

ORL: faringe hiperémica, no se observan placas ni exudados. Otoscopia: Sin hallazgos, salvo cerumen en oído izquierdo.

ACP: murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos ni extratonos.

Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

No exantema, no petequias. Signos meníngeos negativos.

Tras la anamnesis y exploración física decidimos comenzar tratamiento con antibióticos y corticoides tópicos.

Figura 1



Figura 2



Un día después, tras realizar el tratamiento de forma correcta, la paciente reconsulta por evolución tórpida de la lesión. Sobre la placa eritematosa presenta vesículas claras confluentes y una ampolla flácida y dolorosa al tacto de forma leve.

Ante la mala evolución, se remite a hospital de referencia para valoración por dermatología.

Pruebas complementarias hospitalarias:

- Hemograma: 7,02 x10⁹/L leucocitos con neutrofilia relativa. Hemoglobina 14,1 g/dl. Plaquetas 241.000 /mm³
- Bioquímica: parámetros dentro de la normalidad.

- PCR 0,1 mg/L
- Hemocultivo: Negativo
- Muestra de la lesión: Gram: no se observan leucocitos ni gérmenes. Cultivo negativo.

¿Cuál es el diagnóstico?

1. Impétigo ampolloso
2. Penfigoide ampolloso infantil
3. Fitofotodermatosis
4. Quemadura de segundo grado
5. Porfiria cutánea tarda

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Multidisciplinariedad en el diagnóstico y seguimiento de las melanoniquias

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

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

²Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Graduado en Podología

³Enfermero Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Graduado en Podología

Paciente de 60 años edad con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 de recién diagnóstico en tratamiento con Metformina 850 mg y obesidad. Se encuentra en el estadio de acción de Prochaska y Diclemente para la reducción de peso (dieta normocalórica y camina diariamente una hora y media). Trabaja de dependienta de unos grandes almacenes.

En la exploración rutinaria del pie diabético, la enfermera de atención primaria objetiva una pigmentación en la lámina ungueal del 2º dedo del pie derecho de coloración oscura (figura). La paciente explica que lleva observándose desde hace unas semanas el oscurecimiento paulatino de la zona central de la placa ungueal, pero que actualmente está detenida la progresión de la coloración. No ha iniciado ningún tipo de tratamiento, fármaco o complementos farmacológicos en los últimos meses, salvo algún antiinflamatorio o analgésico que ha tomado de modo esporádico. Niega traumatismo en dicha zona. Referente a sus antecedentes familiares relacionadas con pigmentaciones, su hermana fue intervenida quirúrgicamente de un nevus en la planta del pie hace varios años, pero con carácter benigno según el estudio anatomopatológico realizado.

En la exploración física se identifica una pigmentación negruzca que ocupa prácticamente la totalidad de la uña del 2º dedo del pie derecho, presentando normocoloredas las demás laminas ungueales. Existen áreas perimetrales pigmentadas bien delimitadas y con zonas de coloración violácea (figura). No hay presencia de dolor a la movilización articular ni a la presión de la

lámina ungueal. No se aprecian fluctuaciones ni colecciones liquidas detectables.

¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

1. Pigmentación ungueal secundaria a infecciones fúngicas o bacterias.
2. Pigmentaciones exógenas
3. Hemorragias subungueales
4. Melanoma subungueal
5. Hiperplasia melanocítica de origen endocrino-hormonal.

Figura. Coloración marrón oscuro en región central, tonalidades más claras en la periferia y zonas normocoloredas en el extremo libre de la lámina ungueal del 2º dedo de pie derecho. Hallux valgus. Dedo en martillo el 2º dedo. Dedo en garra el 3er dedo. Pie griego



Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 16, Núm. 1)
(Med fam Andal 2015; 16: 85-86)

Respuestas razonadas

Arritmia asintomática en paciente hipertenso y diabético

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

C. Bigeminismo supraventricular.

Se diagnostica bigeminismo supraventricular en el ECG cuando alternan latidos prematuros supraventriculares con latidos normales debiendo aparecer al menos dos casos consecutivos del patrón para generar una declaración interpretativa de bigeminismo. Hay alternancia por lo tanto de un latido sinusal con una extrasístole supraventricular de forma regular. Las extrasístoles se reconocen cuando el intervalo R-R anterior es más corto que el intervalo R-R medio de una frecuencia ventricular de fondo básicamente normal (se considera significativa una reducción en el intervalo R-R del 15% o superior). También por su apariencia prematura, la duración de QRS normal y la morfología atípica de la onda P (1). Se considera que las extrasístoles con una duración de QRS normal son de origen auricular o de unión AV, dependiendo de la presencia o ausencia de una onda P, por lo que en el caso expuesto los latidos prematuros se originarían por foco ectópico cercano al nodo sinusal.

El paciente fue valorado por cardiología, con un ECG realizado tres semanas después (figura 1) donde sólo se aprecian extrasístoles supraventriculares aisladas.

¿Qué pruebas complementarias le realizaría?

A. Analítica con perfil tiroideo.

El bigeminismo es una arritmia cardíaca frecuente en la práctica clínica en pacientes con un corazón estructuralmente normal y no tiene significado patológico, implicaciones pronósticas ni

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

precisa tratamiento en la mayoría de los casos (1). En el sujeto de estudio, la ecocardiografía cardíaca realizada en el hospital mostró un ventrículo izquierdo normal con fracción de eyección conservada y ausencia de valvulopatías. Sin embargo está descrito que en el hipotiroidismo se producen alteraciones electrocardiográficas por enlentecimiento de todas las fases del potencial de acción, disminución de la contractilidad, alteración reversible en la relajación miocárdica e inducción de alteraciones electrolíticas (2,3). La prueba complementaria más conveniente a realizar en este caso sería un estudio analítico de hormonas tiroideas, puesto que si hay disfunción de ésta glándula las anomalías en la conducción cardíaca se suelen resolver tras la terapia hormonal tiroidea (4,5). En el paciente, la analítica de sangre fue normal y la arritmia se ha resuelto de forma espontánea, con un control de tensión arterial y frecuencia cardíaca adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manulis AS. Supraventricular premature beats. [Monografía en Internet]. UpToDate; 2014 [acceso Dic. 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Digkila A, Voutsadakis IA. Atrial Bigeminy Associated With Hypothyroidism: A Case Report. J Med Cases. 2011; 2:121-3.
3. Klein I. Cardiovascular effects of hypothyroidism. [Monografía en Internet]. UpToDate; 2013 [acceso Ene. 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Biondi B. Heart failure and thyroid dysfunction. European Journal of Endocrinology. 2012; 167: 609-18.
5. Del Puerto Gala MJ, Rodríguez Vidigal FF, Najarro Díez F. Bigeminismo reversible con levotiroxina. Aten. Primaria 2003; 32:546.

Figura 1. Segundo electrocardiograma realizado en la consulta de Cardiología



Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 16, Núm. 1)
(Med fam Andal 2015; 16: 87)

Respuestas razonadas

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)

Respuesta correcta: 3. Metástasis cutánea

Resultado de la infiltración en la piel (cutánea o extracutánea) por un proceso neoplásico maligno, situado a distancia de donde aparece el proceso primario.

Existe una relación directa entre la frecuencia de los distintos tumores malignos y el origen de las metástasis cutáneas. El cáncer de mama en la mujer (69%), el de pulmón en el varón (24%) y los adenocarcinomas colon y melanomas en ambos sexos (hombre: 19% vs mujer: 9%; hombre: 13% vs mujer: 5% respectivamente) son el origen más común de las metástasis cutáneas (10)(13).

Se disponen de tres posibles vías por las que un carcinoma interno invade la piel: hematógena, linfática y por contigüidad. Algunos carcinomas tienen una vía preferente para su diseminación (la vía linfática en el carcinoma de mama). La precocidad de aparición y la localización de las metástasis cutáneas se distribuye en función de la vía preferente de diseminación y, en general, las metástasis hematógenas se desarrollan antes que las linfáticas y suelen ubicarse en zonas más distantes (las metástasis diseminadas por vía linfática suelen asentarse en un área de piel cercana al tumor primitivo).

La morfología de las metástasis cutáneas es muy variable: pápulas, nódulos, placas o tumores. Habitualmente las lesiones son asintomáticas, aunque pueden mostrar signos inflamatorios o superficie ulcerada.

La localización más frecuente es la pared anterior del tórax y abdomen, en menor propor-

ción se sitúan en la espalda, región lumbar o extremidades. La ubicación en región umbilical y periumbilical de las metástasis cutáneas procedentes de vísceras abdominales se explica por las conexiones vasculares y por los residuos embriológicos (uraco, ligamento redondo, conducto onfalomesentérico, etc.) que comunican el ombligo con los órganos del interior de la cavidad abdominal. Existe una metástasis umbilical conocida como signo de la hermana María José (en honor a una monja de la Clínica Mayo que fue en quien primero se halló). Ciertos tumores muestran una especial predilección por producir metástasis cutáneas en una determinada localización anatómica y con una peculiar morfología clínica (alopecia metastásica en cuero cabelludo - metástasis cutánea de carcinoma de mama y "nariz de payaso" - metástasis cutánea de carcinoma de pulmón), pero en general no existe una relación clara entre la morfología clínica, la localización de la metástasis cutánea y el origen del tumor primitivo.

En la mayoría de los casos, cuando se evidencia una metástasis cutánea es un signo de que el proceso neoplásico está muy extendido. Incluso en el pequeño porcentaje de casos en los que la metástasis cutánea es el primer signo de la enfermedad, el pronóstico es muy malo, ya que aunque no haya producido sintomatología anterior, la neoplasia está muy diseminada y existen metástasis en muchos otros órganos (habitualmente la supervivencia del paciente es de sólo unos meses).

Histopatológicamente, existen cuatro patrones en las metástasis cutáneas de carcinomas viscerales:

-Patrón nodular sólido: grandes agregados de células neoplásicas que infiltran todo el espesor de la dermis y pueden extenderse al tejido celular subcutáneo (patrón más predominante).

-Patrón glandular: estructuras glandulares tapizadas por un epitelio atípico y que no corresponden a ninguna estructura cutánea anexa.

-Patrón atípico: cordones o hileras de células neoplásicas muy atípicas dispuestas intersticialmente entre los haces de colágeno de la dermis. Característico en las metástasis de carcinoma de mama, pero también puede observarse en las metástasis de otros carcinomas.

-Patrón vascular: émbolos de células tumorales en el interior de la luz de estructuras vasculares, especialmente en el interior de los vasos linfáticos.

El estudio histopatológico no siempre permite identificar el origen del tumor primitivo, puesto que carcinomas viscerales de origen muy diferente pueden mostrar el mismo patrón histopatológico. En otras ocasiones, la biopsia cutánea aporta una serie de hallazgos que permite orientar la búsqueda del tumor primitivo. En casos muy concretos, la imagen histopatológica es diagnóstica del origen del tumor primitivo (material coloide - metástasis cutáneas de carcinomas tiroideos o citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto - metástasis cutáneas de coriocarcinomas). A veces el estudio inmunohistoquímico ayuda a identificar en la biopsia cutánea la producción de determinadas sustancias por parte de las células tumorales que nos indican el origen del tumor primitivo (tiroglobulina - carcinomas tiroideos, gonadotropina coriónica - coriocarcinomas, antígeno específico prostático - carcinomas prostáticos, etc.). Sin embargo, en la mayoría de los casos el estudio histopatológico sólo permite establecer el diagnóstico de metástasis cutánea y el origen del tumor primitivo únicamente se determina mediante estudio analítico y exploración con distintas técnicas de imagen. A pesar de realizar exploraciones más exhaustivas, en un 5-10% de los casos no llega a identificarse el origen del tumor primitivo y el paciente fallece como consecuencia de la diseminación del proceso metastático. Por lo tanto, en las metástasis cutáneas de tumor primario desconocido, el primario es identificado sólo en un 27% de los

casos antes del fallecimiento del paciente, en el 57% en la autopsia y en el 16% restante no se localiza (3).

Debido a la morfología clínica tan variable de las metastasis cutáneas, pueden simular tanto procesos inflamatorios o infecciones cutáneas (lesiones eczematosas, erisipeloides, paniculitis, etc.), como otros tumores primitivamente cutáneos. El diagnóstico siempre es histopatológico y los posibles diagnósticos diferenciales clínicos los resuelve la biopsia cutánea.

Incluso cuando la metástasis cutánea es el primer signo del proceso neoplásico, habitualmente se limita a un tratamiento sintomático analgésico (paliativo). Terapéuticas más agresivas: extirpación quirúrgica de todas las metástasis cutáneas o radioterapia, no han conseguido alargar la supervivencia de estos pacientes.

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de metástasis cutáneas en varones, con una afectación de un 2,8-8,7% de los casos y aparecen como el primer hallazgo de la enfermedad en un 7-23,8% de los pacientes (2). Sus metástasis ocurren generalmente en la pared torácica y en la porción posterior del tronco y pueden ser el primer signo de la afectación (18). La mayor parte se manifiestan a modo de nódulos cutáneos agrupados, que pueden tener una apariencia vascular y a veces aparecen con un patrón zosteriforme. El carcinoma microcítico de pulmón afecta característicamente a la porción posterior de la espalda (15). El 40% de las metástasis son indiferenciadas, 30% son adenocarcinomas con estructuras glandulares secretoras de mucina y el 30% carcinomas escamosos. Con menor frecuencia el primario es un carcinoma bronquiolar, un carcinoma mucoepidermoide, un carcinoide, sarcoma o un carcinoma microcítico (20). El carcinoma microcítico de pulmón muestra unos hallazgos anatomopatológicos típicos con células pequeñas hipercromáticas, pero debe distinguirse de otros tumores de células pequeñas como linfomas, tumores neuroendocrinos, carcinomas de esófago o de tiroides (17). La combinación de la CK20 y el factor de transcripción tiroideo tipo 1 (TTF1) es útil para distinguir los dos; el carcinoma metastático microcítico de pulmón es CD20 negativo con positividad para TTF1 variable (tumor de células de Merckel es CD20 positivo y TTF1 negativo).

OTRAS RESPUESTAS

1. Quiste epidermoide (sebáceo) infectado

Quistes epidermoides también conocidos como quistes epiteliales, sebáceos, epidérmicos o infundibulares. Son los quistes cutáneos más prevalentes, suponiendo el 80-90% de los mismos. Los quistes triquilemales o quistes pilares (habitualmente son múltiples), son clínicamente indistinguibles de los quistes epidermoides. Se denominaban quistes sebáceos, pero contienen queratina en lugar de material sebáceo. La herencia es con frecuencia autosómica dominante.

Son tumores intradérmicos o subcutáneos, firmes, hemisféricos, redondos, de lento crecimiento, midiendo de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro. Tienen una conexión con la superficie cutánea, pero el orificio generalmente está estrechado. Suelen ser únicos o aparecen en número escaso; siendo múltiples en el síndrome de Gardner. Se forman cuando las células de la epidermis no se exfolian con normalidad y se mueven a capas más profundas en la piel; multiplicándose en áreas donde hay pequeños folículos pilosos y glándulas sebáceas más grandes. El quiste está ocupado por material queratinoso dispuesto en capas laminares. La rotura del quiste libera su contenido a la dermis desencadenando una reacción a cuerpo extraño. Los quistes sebáceos comúnmente se originan por la inflamación de los folículos pilosos o por un trauma cutáneo.

Se localizan en cara, cuello, porción superior del tronco, espalda, ingle y área genital.

Los factores de riesgo son: sexo masculino, antecedentes de acné, exposición significativa al sol, cualquier lesión traumática cutánea y rara vez aparecen antes de la pubertad (aunque pueden ocurrir a cualquier edad).

El síntoma principal generalmente es una pequeña protuberancia indolora debajo de la piel, pero si se infecta o inflama aparece: enrojecimiento de la piel, hinchazón, dolor, aumento de temperatura en la zona afecta, presencia de material blanco grisáceo, caseoso y maloliente que puede drenar del quiste. Los pacientes suelen consultar por: crecimiento rápido, supuración, dolor o la ubicación.

Los quistes que no causan problemas estéticos o funcionales suelen dejarse sin tratar.

Para tratar un quiste debe estar inflamado o infectado, y disponemos de las siguientes opciones (6):

-Inyección de corticosteroides: El quiste sebáceo esta inflamado pero no infectado y pretende reducir la inflamación.

-Incisión y drenaje: Se hace una pequeña incisión en el quiste y se extrae el contenido. La incisión y drenaje son relativamente rápidos y fáciles, pero los quistes suelen aparecer después de este tratamiento (cualquier fragmento residual de la pared puede causar recidivas).

-Escisión total: Esta técnica quirúrgica elimina todo el quiste y evita que se reproduzca. La escisión es más fácil cuando el quiste no está inflamado. Previamente se recomienda tratamiento para la inflamación (antibióticos, AINEs, esteroides o incisión y drenaje), luego una vez resuelta la inflamación, tras 4-6 semanas se realizará la extirpación. La escisión total requiere sutura y los puntos se retirarán a la semana o dos semanas.

-Escisión mínima: Algunos prefieren esta técnica ya que se elimina toda la pared del quiste, pero causa una mínima cicatriz. Se hace una pequeña incisión en el quiste, se extrae el contenido y luego se retira la pared del quiste a través de la incisión. La pequeña herida se suele curar sola.

-Láser: Se utiliza para localizaciones del quiste en cara o zonas sensibles. Se realiza mediante láser de dióxido de carbono que vaporiza el quiste. Este procedimiento minimiza las cicatrices.

2. Hemangioma

Neoplasia generalmente benigna, de los vasos sanguíneos caracterizada por la aparición de un gran número de vasos normales y anormales sobre la piel u otros órganos internos. Habitualmente son localizados, pero pueden extenderse a grandes segmentos del cuerpo (angiomatosis).

Aparece más frecuente en lactantes y niños, constituyendo un 7% de todos los tumores benignos. En un 75% de los casos están presentes

al nacimiento. Esta neoplasia puede desaparecer a medida que crece el niño. Regresa completamente en un 50% hacia los 5 años de edad y casi todos desaparecen hacia los 9 años; en la mayoría de los casos se resuelven completamente sin dejar cicatriz. Su mayor importancia es estética. Los hemangiomas presentan una fase de crecimiento o proliferativa, una fase de reposo y una fase lenta de involución (7).

Se localiza en cualquier parte del cuerpo, pero predomina en la cabeza y cuello (60%), tronco (25%) y extremidades (15%). Las niñas tienen un riesgo 3 veces superior a los niños de padecer un hemangioma. Los niños prematuros también presentan un riesgo superior.

Estos tumores pueden ser planos o elevados, con bordes irregulares de color rojo vino. Los hemangiomas casi nunca se marginan a nivel de la piel (cuando se marginan casi siempre es a nivel de las vísceras). A veces se relaciona con la enfermedad hereditaria llamada de Von Hippel - Lindau (14).

Dependiendo del componente vascular, se clasifican en: hemangioma capilar infantil (angioma en fresa), mancha en vino de oporto (malformación vascular venular o nevus flammeus o angioma plano) y hemangioma cavernoso (malformaciones capilares, venosas y linfáticas).

-Hemangioma capilar: Es de tipo benigno y está compuesto de capilares, siendo de aparición típica durante la infancia (primeros meses de vida). Crece durante el primer año de vida hasta estabilizarse y, en muchos casos, involucionar. Hacia los nueve años de edad el 90% han sufrido una involución completa, desapareciendo. Los hemangiomas superficiales suelen llegar a su tamaño más grande en un período de 6-8 meses, la mayoría en los primeros 3 meses

-Hemangioma cavernoso: Aparece durante la infancia, pero tiende a persistir. Infiltra capas más profundas y es más abigarrado, con más componente sanguíneo y un aspecto nodular de naturaleza benigna. Es difícil realizar una biopsia dado su gran componente sanguíneo.

-Hemangioma plano o hemangioma oporto: Lesión relativamente infrecuente, caracterizada por placas rojo-violáceas, de localización variable.

Esta presente en el nacimiento con una coloración rojo-sonrosada acentuándose con el llanto del niño. Crece con relación al crecimiento del niño presentando en la edad adulta dilataciones vasculares evidentes (un 11% lesiones nodulares y un 24% granulomas piogénicos). Puede asociarse con varios síndromes, entre los que destacan:

- Síndrome de Sturge-Weber o angiomatosis meningo-facial: angioma plano (mancha en vino de oporto) sobre las zonas trigeminales acompañado de angiomatosis leptomeníngea ipsilateral. Su incidencia es de 1:20000 y 1:50000 en recién nacidos. Recientemente se ha demostrado que el hemangioma oporto, el síndrome de Sturge-Weber y la neoplasia melanocítica ocular están causados por una mutación somática en la proteína GNAQ.
- Síndrome de Síndrome de Klippel-trénaunay: malformación congénita rara (<1:10000) caracterizada por la triada de malformación capilar, venas varicosas atípicas o malformaciones venosas e hipertrofia de tejidos blandos y/o hueso.

El hemangioma en general, se manifiesta clínicamente como una lesión o úlcera elevada que fluctúa de roja a púrpura rojiza sobre la piel ó como un tumor sólido y sobreelevado con vasos sanguíneos.

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico. Cuando el hemangioma: afecta a capas profundas de la piel, se ubica en cavidades internas, en niños con lesiones congénitas grandes y lesiones hepáticas; se precisa de pruebas de imagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía o doppler) para establecer el diagnóstico y diagnóstico diferencial con otras tumoraciones sólidas o malformaciones vasculares.

No todos los hemangiomas precisan tratamiento. Un 60% van a involucionar espontáneamente hasta conseguir una regresión estéticamente y funcionalmente aceptable. El 40% de los hemangiomas pueden precisar tratamiento debido a: una fase de involución muy lenta, ausencia de regresión completa a los 6 años o que funcionalmente o estéticamente sean problemáticos.

En la actualidad el tratamiento consiste en:

-Hemangiomas con afectación periocular, vía aérea, hepática, facial: corticoides, propranolol (produce una inhibición de la adrenalina que causa una vasoconstricción de los vasos capilares, su utilización es oral y tópica en hemangiomas pequeños y más superficiales), láser, interferón. Los hemangiomas ulcerados responden bien a tratamiento antibiótico y antiálgico.

-Hemangiomas capilares o superficiales posiblemente no necesitan tratamiento, tienden a desaparecer por sí solos y la apariencia de la piel retorna a la normalidad. En algunos casos, se puede usar láser para eliminar los vasos pequeños.

-Hemangiomas cavernosos cuando comprometen el párpado y obstaculizan la visión se pueden tratar con inyecciones de esteroides o láser para reducir el tamaño. Los hemangiomas cavernosos grandes o los mixtos se pueden tratar (disminuye el tamaño) con: esteroides orales o en inyecciones locales, e incluso con fármacos betabloqueantes (propranolol).

-Hemangioma oporto no tiene tendencia a la regresión espontánea. Con el crecimiento del niño, tiende a aumentar en forma proporcional al desarrollo y puede afectar a la autoestima. Los tratamientos que incluyen cirugía, coagulación, etc, presentan resultados variables. La introducción de láser como terapéutica ha mejorado las perspectivas de estas lesiones (utilizando una luz con espectro de absorción similar al de la hemoglobina, de forma que ésta absorbe la energía en su mayor parte, destruyendo el vaso sin lesionar las estructuras cutáneas vecinas). El láser más utilizado en los angiomas planos es el láser pulsado de colorante (elimina el 30-35% de los angiomas y aclara el 40% de los mismos).

La mayor parte de los hemangiomas tienen un curso benigno, sin embargo pueden presentar complicaciones regionales y sistémicas.

Las complicaciones regionales engloban:

- Sangrado (especialmente si se lesiona el hemangioma).
- Problemas para alimentarse.
- Problemas psicológicos a causa de la apariencia de la piel.

-Ulceración: complicación más frecuente (10%), puede ser dolorosa y comporta un riesgo elevado de infección, hemorragia y cicatrización. Es más común en los hemangiomas localizados en región perineal, de gran tamaño y profundos. Suele aparecer en la fase de crecimiento del hemangioma, especialmente en los de rápido crecimiento.

-Problemas de la vía respiratoria: pueden obstruirla y ser graves (sobre todo en la fase proliferativa)

-Problemas visuales: hemangiomas de la región periorbitaria deben ser vigilados por riesgo de desarrollar ambliopía como resultado de la afectación del eje visual y astigmatismo (complicación más frecuente, por compresión del globo ocular y/o afectación del espacio retrobulbar).

-Problemas auditivos y del lenguaje: hemangiomas del oído pueden obstruir el conducto auditivo externo dando lugar a otitis o reducción en la audición que dificulta el desarrollo del habla.

Las complicaciones sistémicas se caracterizan por:

-Fenómeno de Kasabach-Merrit: complicación de las lesiones de crecimiento rápido. Aparece anemia hemolítica, trombocitopenia y coagulopatía. Tienden a proliferar durante más tiempo (2-5 años) y presentan un patrón histológico de hemangioendotelioma kaposiforme o hemangiomas en penacho.

-Hemangiomas cutáneos múltiples (hemangiomatosis neonatal difusa) y los hemangiomas faciales de gran tamaño: pueden estar asociados con hemangiomas viscerales (hepáticos y renales). Los hemangiomas viscerales se asocian con una alta morbilidad y mortalidad (40-80%) debido a que el gran flujo de estos hemangiomas puede dar lugar a insuficiencia cardíaca y anemia, estando indicado en estos casos el tratamiento sistémico y seguimiento.

-Asociación con estados dismórficos, los hemangiomas pueden estar relacionados con alteraciones en el desarrollo en:

- Hemangiomas lumbosacros: pueden ser un marcador de alteraciones de la columna vertebral, región anorectal o urogenital

- Síndrome de PHACES: los hemangiomas extensos de la cara y cuello pueden estar asociados con múltiples alteraciones que incluyen malformaciones de la fosa posterior, hemangioma cervicofaciales, alteraciones arteriales, cardíacas, oculares y hendiduras esternas o abdominales o ectopia cordis. Afecta especialmente a mujeres sugiriendo un defecto ligado al cromosoma X.

4. Carcinoma basocelular nódulo-quístico

El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone el 60% de los tumores de piel. Procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos, sin afectar a mucosas primariamente. Tiene poder destructor local. Se trata de un tumor maligno, pero metastatiza excepcionalmente (4).

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

Los principales factores de riesgo son: exposición solar crónica, fototipo piel I/II, tratamiento previo con radioterapia, exposición a arsénico de manera crónica, inmunodepresión y predisposición genética

Su localización más frecuente es en la cara. Posee un crecimiento lento e indoloro, aunque al evolucionar puede llegar a producir invasión y destrucción de estructuras vecinas.

Se caracteriza por ser muy heterogéneo desde el punto de vista clínico. Las presentaciones clínicas son:

- Pápula perlada con telangiectasias en su superficie, que tiende a localizarse en el canto interno del ojo, nariz, o frente. Corresponde al 95% de los carcinomas basocelulares (más frecuente). Al evolucionar puede ulcerarse en el centro de la lesión, aunque los bordes conservan las pápulas perladas características.
- Nódulo bien delimitado de color rojo o carne con centros quísticos: carcinoma basocelular

nódulo quístico. La pigmentación de las partes quísticas puede ser mayor que en las partes periféricas.

- Ulceración que se manifiesta de manera precoz y masiva (forma poco frecuente, pero más agresiva): *ulcus rodens*
- Placa lisa de aspecto brillante, plana, a veces ligeramente deprimida y de bordes mal definidos que recuerda a la morfea: carcinoma basocelular esclerodermiforme. En ocasiones se observa en sus márgenes el aspecto perlado y las telangiectasias típicas. Es característico que el crecimiento en profundidad exceda los límites que podemos visualizar clínicamente.
- Placa rojiza sobrelevada con superficie descamativa, que se localiza preferentemente en el tronco: carcinoma basocelular superficial. A veces puede presentarse como múltiples lesiones (relacionado generalmente con exposición previa a arsénico).

El diagnóstico del carcinoma basocelular es clínico. Es fundamental conocer la existencia de otros tipos de presentación, además del característico de pápula perlada. El diagnóstico definitivo se realiza mediante confirmación histológica por biopsia (16).

El diagnóstico diferencial es amplio debido a la variedad de sus formas clínicas, principalmente: queratosis actínica, queratosis seborreica, tri-coepiteliomas e hidrocistomas apocrinos, nevus melanocítico, melanoma, enfermedad de Bowen y carcinoma epidermoide.

Existen distintas posibilidades terapéuticas, la elección de uno u otro método depende de múltiples factores: localización, tamaño del tumor, tipo histológico, experiencia del médico, etc. (12).

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

tamaño) y los agentes citotóxicos tópicos como 5-fluoracilo (empleado únicamente en el tratamiento de carcinoma basocelular superficial) (19).

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

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

5. Carcinoma células Merkel

Neoplasia maligna que surge de las células de Merkel localizadas en la capa basal de la epidermis. Se trata de un carcinoma neuroendocrino primario de la piel. Las células de Merkel funcionan como receptores táctiles, son de origen neuroectodérmico, e histológicamente muestran gránulos neurosecretorios. Se identifica inmunohistoquímicamente mediante citoqueratina 20 (marcador altamente específico de las células de Merkel). Las localizaciones más frecuentes suelen ser: cabeza, cuello y extremidades (principalmente en las áreas expuestas al sol) en el 70 a 90% de los casos, aunque se puede originar en cualquier parte (incluso en mucosa oral y genitales).

Es una neoplasia poco frecuente con una incidencia anual del 8%. Se presenta en: ancianos, sexo masculino, raza blanca (94%), individuos inmunosuprimidos (VIH, trasplante renal, mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica, linfoma no Hodgking y melanoma), infección por poliomavirus en las células del carcinoma de Merkel (80%), alteraciones cromosómicas en el brazo corto del cromosoma 1 (1p) (40%), las mutaciones específicas debidas a la UV-B en los genes p53 y Haras, alta expresión del protooncogén bcl-2 (11).

Los principales factores de riesgo son: la exposición solar (se localizan en áreas expuestas al sol y son más frecuentes en pacientes con psoriasis que recibieron tratamiento con PUVA) y la infección con poliomavirus de las células de Merkel.

Clínicamente, estos tumores son asintomáticos, típicamente es una neoformación de 2 a 20 cm, con aspecto nodular o nódulo cupuliforme de color rosa, rojo o violáceo por lo general de consistencia firme, solitario y no doloroso, la piel que los cubre está intacta, pero puede ulcerarse.

Las características del carcinoma se destacan mediante el acrónimo AEIOU (asintomático; expandible o de crecimiento rápido; inmunosupresión; older: tener más de 50 años de edad; UV: piel expuesta a la radiación ultravioleta) (8).

El diagnóstico de certeza se determina con el estudio histopatológico de tumor dérmico que puede extenderse hacia el tejido celular subcutáneo y que está compuesto de células azules pequeñas, redondas u ovales, con núcleos hipercromáticos y citoplasma escaso. Se conocen tres tipos histológicos: sólido o nodular, difuso o intermedio y trabecular. La citoqueratina 20 (CK20) es altamente específica (89-100%) para el carcinoma de células de Merkel (con un patrón especial de tinción en forma de gota paranuclear), y la enolasa neurona específica confirma el diagnóstico (5).

El diagnóstico diferencial incluye: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, granuloma piógeno, metástasis de carcinoma, linfoma, melanoma de células pequeñas, angiosarcoma y tejido de granulación.

El sistema de estadificación más actualizado es el que propone el Comité Americano de Cáncer, el cual se basa principalmente en el tamaño del tumor:

- Estadio I: Tumor primario menor de 2 cm.
- Estadio II: Tumor primario mayor o igual a 2 cm.
- Estadio III: Con enfermedad regional.
- Estadio IV: Con metástasis a distancia.

El estudio de extensión se realiza mediante: TC, RMN o PET (metastatiza a: ganglios regionales, pulmones, sistema nervioso central, huesos e hígado)

Este tumor es de mal pronóstico; induce frecuentes recidivas locales y metástasis. El aspecto

más importante a considerar al momento de establecer el diagnóstico es el estadio tumoral. Los factores que parecen influir negativamente son: alto índice mitótico, tamaño de las células, invasión vascular y linfática, gran magnitud tumoral y localización en las piernas, la cabeza, la piel no lampiña y las mucosas (9).

Se tratan primeramente con una escisión local amplia (extirpación del cáncer y de un amplio margen de piel normal de 2 a 3 cm de margen sano) o con la cirugía de Mohs; acompañado de linfadenectomía (biopsia de ganglio centinela) para saber si hay propagación del cáncer a los ganglios linfáticos. Después se administra radioterapia al área afectada para disminuir el riesgo de recidiva; ya que es un tumor altamente radiosensible.

El manejo de este tumor es controversial. En la mayoría de los casos está indicada la resección quirúrgica seguida de radioterapia. No hay evidencia suficiente que la quimioterapia convencional adyuvante mejore la esperanza de vida y habitualmente se asocia con pobres resultados, aunque los esquemas terapéuticos que inducen mejor respuesta son Adriamicina, Platino y 5-FU (1).

La tasa de mortalidad relacionada con el tumor a 5 años puede alcanzar hasta un 65%.

BIBLIOGRAFIA

1. Bichakjian C, Lowe L, Lao C. Merkel cell carcinoma: Critical review with guidelines for multidisciplinary management. *Cancer*. 2007; 110:1-12.
2. Cervigón I, Pérez C, Bahillo C, Martínez-Amo JL, Gargallo AB, López-Barrantes O, et al. Nódulo umbilical. *Actas Dermosifiliogr*. 2006; 97:54-8.
3. Cohen PR. Metastatic Tumor to the nail unit: subungueal metas tases. *Dermatol Surg*. 2001; 27:280-93
4. Fonseca E. Tumores epiteliales. En: Ferrándiz C. *Dermatología Clínica*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2002. p. 324-38. ISBN 13: 978-84-8174-537-5
5. García-Salces I, Cortázar Vallet J, Sánchez Salas P, Pérez Pelegay J, Agurruza Illaramendi JM, Grasa Jordá M et al. Tumor de Merkel: estudio clínico, histológico, inmunohistoquímico y submicroscópico. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2008; 36:13-17
6. Habif TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby; 2009: chap 20.
7. Habif TP. Vascular tumors and malformations. In: Habif TP, ed. *Clinical Dermatology*. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2009: chap 23.
8. Heath M, Jaimes N, Lemos B, Mostaghimi A, Wang L, Peñas P et al. Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58:375-81.
9. Henry D, Sandel IV, Day T, Richardson M, Scarlett M, Gutman K. Merkel cell carcinoma: Does tumor size or depth of invasion correlate with recurrence, metastasis, or patient survival? *Laryngoscope* 2006; 116: 791-5.
10. Huh SJ, Liang S, Sharma A, Dong C, Robertson GP. Transiently Entrapped circulating tumor cells interact with neutrop- hils to facilitate lung metástasis development. *Cancer Res*. 2010; 70:6071-82.
11. Kassem A, Weyers W, Werner M, et al. Frequent detection of Merkel cell polyomavirus in human Merkel cell carcinomas and identification of a unique deletion in the VP1 gene. *Cancer Res*. 2008; 68(13):5009-5013.
12. Kwasniak LA et al. Basal cell carcinoma: evidence-based medicine and review of treatment modalities. *Int J Dermatol*. 2011; 50(6):645-58.
13. Marcoval J, Moreno A, Peyrí J. Cutaneous Infiltration by cancer. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57:77-80.
14. Morelli JG. Vascular Disorders. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier. 2011; chap 642.
15. Naser AMB, Zaki MS, Brunner M, Wollina V, Zouboulis CC. Cutaneous Metástasis in internal malignancy. *Egypt Dermatol Online J*. 2007; 3:1.
16. Rodríguez Caravaca G, García-Cruces Méndez J, Hobson S, Rodríguez Caravaca F, Villar Del Campo M, González Mosquera M. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(6):391-5.
17. Savoia P, Fava P, Deboli T, Quaglino P, Bernengo MG. Zoste- Riform cutaneous metastases: a Literatura meta-analysis and a clinical report of three melanoma cases. *Dermatol Surg*. 2009; 35:1355-63.
18. Sleeman JP, Nazarenko I, Thiele W. Do All roads lead to Rome Routes To metástasis development *Int J Cancer*. 2011; 128:2511-26.
19. Stulberg DL, Crandell B, Fawcett RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. *Am Fam Physician*. 2004; 70(8):1481-8.
20. Weber FP. Bilateral thoracic zosteroid spreading marginate telangiectasia---probably variant of carcinoma telangiectatum. *Br J Dermatol*. 1933; 45:418-23.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A
Médico de Familia. Centro de Salud El Palo

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección publicaciones externas/alerta bibliográfica) con sus resúmenes y comentarios (R/C). También en la cuenta de twitter de la Revista:

<http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>

La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato y su enlace interno a su resumen-comentario (R/C).



@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste básicamente en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) www.samfyc.es [4]
7. Revista SAMFyC www.samfyc.es/Revista/portada.html

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en:

<https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com

LINKS:

[1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>

[2] <http://esamfyc.wordpress.com/>

[3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>

[4] <http://www.samfyc.es>

[5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

· **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/>

· **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>

· **XXXVI Congreso de la semFYC**

A Coruña, 9 a 11 de junio de 2016
Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC
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>

· **XXV Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria. SAMFyC**

Huelva, octubre de 2016

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 cinco los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

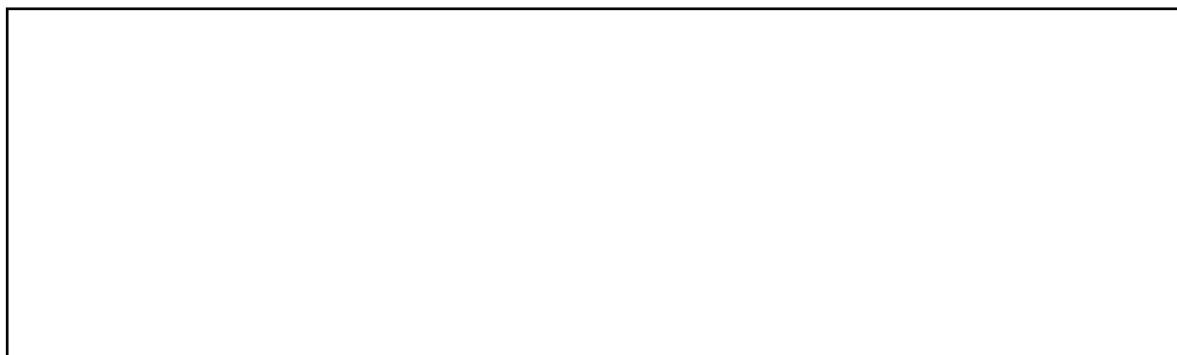
Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

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

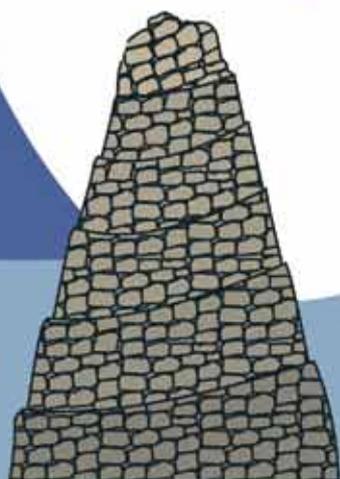
SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD:

36° CONGRESO semFYC

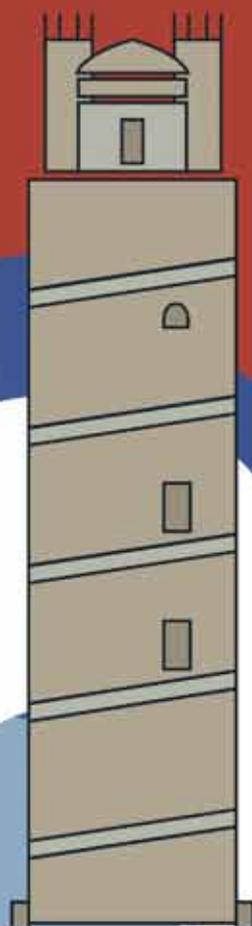
A CORUÑA

PALEXCO

Del 9 al 11 de junio de 2016



S. I



S. XV



S. XXI

Patrimonio de futuro

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, lowercase font.

Apartado de correos 536 - 11090 Granada
Tf. / Fax: 988 523 295
andaluzacongresomedicos@andaluzacongresomedicos.com
www.andaluzacongresomedicos.com