

Medicina de Familia Andalucía

Editorial

- 7 Igualdad, mérito y capacidad, la mujer del César y los médicos de familia.

Originales

- 9 ¿Hacemos un manejo adecuado de la migraña en atención primaria?
15 Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano.
23 Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedificada.
29 Morbilidad en gestantes de edad avanzada.
33 Proteína C Reactiva en el diagnóstico de la arteriopatía periférica.

Artículo de Revisión

- 40 Leucemias agudas.

Área Docente

- 49 ECOE: valoración clínica objetiva estructurada.

Sin Bibliografía

- 53 Patología psicosocial. La experiencia de un residente de Medicina de Familia.

56 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 62 ECG paciente varón con palpitaciones.

66 Actividades Científicas

67 Información para los autores



Hubo anuncio



Sumario

Editorial

- 7 Igualdad, mérito y capacidad, la mujer del César y los médicos de familia.

Originales

- 9 ¿Hacemos un manejo adecuado de la migraña en atención primaria?
15 Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano.
23 Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada.
29 Morbilidad en gestantes de edad avanzada.
33 Proteína C Reactiva en el diagnóstico de la arteriopatía periférica.

Artículo de Revisión

- 40 Leucemias agudas.

Área Docente

- 49 ECOE: valoración clínica objetiva estructurada.

Sin Bibliografía

- 53 Patología psicosocial. La experiencia de un residente de Medicina de Familia.

56 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 62 ECG paciente varón con palpitaciones.

66 Actividades Científicas

67 Información para los autores



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 1, febrero 2002

Contents

Editorial

- 7 Equality, Merit and Capacity: Cesar's Wife and Family Doctors.

Original Articles

- 9 Do we manage migraines adequately in primary care?
15 Characteristics of patients in an urban health center who need to use devices for urinary incontinence.
23 Appropriateness of drug treatment in an elderly population receiving multiple medication.
29 Morbidity among pregnant women of advanced age.
33 C-Reactive Protein in the diagnosis of peripheral arteriopathy.

Review Article

- 40 Acute leucemia.

Teaching and Training

- 49 Objective structured clinical evaluation.

Without Bibliography

- 53 Psychosocial Pathology. A resident's experience in Family Medicine.

56 Publications of Interest

What's your diagnosis

- 62 EKG male patient with palpitations.

66 Scientific Activities

67 Information for authors

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Vicepresidente Primero

Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo

Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero

Santiago Gascón Veguin

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Tesorero/Form. Continuada

Pablo García López

Vocal Investigación

Francisca Leiva Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Residentes

Sonia Palma Rodríguez

Vocal Provincial Málaga

José Manuel Navarro

Vocal Provincial Huelva

Jesús E. Pardo Álvarez

e-mail: jeparedes10@teleline.es

Vocal Provincial Jaén

Eduardo Sánchez Arenas

e-mail: esanchez13@hotmail.com

Vocal Provincial Granada

Romualdo Aybar Zurita

e-mail: aybar@samfyc.es

Vocal Provincial Córdoba

José García Rodríguez

e-mail: jngarcia@samfyc.es

Vocal Provincial Cádiz

Manuel Lubián López

Vocal Provincial Sevilla

M^a Angeles Mon Carol

e-mail: moncarol@samfyc.es

Vocal Provincial Almería

José Galindo Pelayo

e-mail: jpelayo@larural.es

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro

Pablo García López

Manuel Lubián López

Antonio Zarallo Pérez

Santiago Gascón Veguin

Juan Ortiz Espinosa

Juan de Dios Alcántara Bellón

Reyes Sanz Amores

Amparo Ortega del Moral

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

c/ Arriola, 4 bajo D - 18001 - Granada (España)

Tfno: 958 804 201 - Fax: 958 804 202

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

Manuel Gálvez Ibáñez

Subdirector

Antonio Manteca González

Consejo de dirección

Director de la revista

Subdirector de la revista

Presidente de la SAMFYC

Luciano Barrios Blasco

Pablo Bonal Pitz

Juan Ortiz Espinosa

Pablo García López

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*

Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*

José Manuel Aranda Regulez. *Málaga.*

Emilia Bailón Muñoz. *Granada.*

Maribel Ballesta Rodríguez. *Jaén.*

Luciano Barrios Blasco. *Córdoba.*

Pablo Bonal Pitz. *Sevilla.*

Beatriz Bullón Fernández. *Sevilla.*

Rafael Castillo Castillo. *Jaén.*

José Antonio Castro Gómez. *Granada.*

Ana Delgado Sánchez. *Granada.*

Antonio Fernández Castillo. *Granada.*

Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*

Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*

Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*

Francisco J. Gallo Vallejo. *Granada.*

Pablo García López. *Granada.*

José Manuel García Puga. *Granada.*

José María de la Higuera. *Sevilla.*

Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*

José Lapetra Peralta. *Sevilla.*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*

José Gerardo López Castillo. *Granada.*

Luis Andrés López Fernández. *Granada.*

Begoña López Hernández. *Granada.*

Fernando López Verde. *Málaga.*

Manuel Lubián López. *Cádiz.*

Joaquín Maeso Villafañá. *Granada.*

Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*

Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*

Eduardo Mayoral Sánchez. *Sevilla.*

Eduardo Molina Fernández. *Huelva.*

Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*

Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*

Gertrudis Odrizola Aranzábal. *Almería.*

M^a Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*

Luis Pékula de Torres. *Córdoba.*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada.*

Daniel Prados Torres. *Málaga.*

Fermina Puertas Rodríguez. *Granada.*

Luis de la Revilla Ahumada. *Granada.*

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.*

Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla.*

Francisco Suárez Pinilla. *Granada.*

Pedro Schwartz Calero. *Huelva.*

Isabel Toral López. *Granada.*

Jesús Torio Duránte. *Jaén.*

Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga.*

Amelia Vallejo Lorencio. *Almería.*

Representantes internacionales

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile.*

César Brandt. *Venezuela.*

Javier Domínguez del Olmo. *México.*

Irma Guajardo Fernández. *Chile.*

José Manuel Mendes Nunes. *Portugal.*

Rubén Roa. *Argentina.*

Sergio Solmesky. *Argentina.*

José de Ustarán. *Argentina.*

Medicina de Familia. Andalucía

Edita: El Partal

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 6.000 Pts (36 Euros). Ejemplar suelto: 2.000 Pts (12 Euros). Precio de suscripción anual para la Unión Europea: 40 Euros; resto de países: 50 Euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

Medicina de Familia. Andalucía se distribuirá exclusivamente a profesionales de la medicina.

Los miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria la recibirán de forma gratuita.

Cómo suscribirse a Medicina de Familia. Andalucía

La orden de suscripción deberá ser remitida por correo a: Revista Medicina de Familia. Andalucía. Departamento de suscripciones. C/ Arriola, 4-bajo D, 18001 Granada (España); o bien por fax: +34 958 804202.

Envíos

Los envíos se efectuarán mediante correo de superficie con tarifa especial modalidad suscriptores en España. Para Europa y el resto del mundo, los envíos serán por correo aéreo, tarifa especial de difusión cultural.

Para Correspondencia

Dirigirse a:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España)

Página web: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>

<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»

e-mail: revista@samfyc.es

Web master: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de la revista serán gestionados por: Srta. Ana Moreno, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: + 34 958 804201

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

C.I.F.: G - 18551507

Reservados todos los derechos.

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

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

Printed in Spain

EDITORIAL

Igualdad, mérito y capacidad, la mujer del César y los médicos de familia

Gálvez Ibáñez M ¹

¹ *Médico de Familia*

Diversos acontecimientos recientes han despertado cierto estupor en el ámbito de los médicos de familia españoles, y por tanto también entre los andaluces:

Por un lado la aprobación en el Parlamento de la *Ley extraordinaria de consolidación del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud*; la más conocida como *Ley de los Interinos*, ha hecho saltar todas las alarmas en el colectivo de los médicos de familia de toda España y muy especialmente en Andalucía. La realidad se nos ha impuesto, somos los que somos y podemos lo que podemos. Por insólito que nos parezca la ley ha sido aprobada con un consenso social y político sin precedentes, todos los partidos políticos, todos los sindicatos, todas las sociedades científicas han estado de acuerdo, todas menos la sociedad científica de los médicos de familia. Éste, el del extraordinario consenso, es un dato que nos debe mover a la reflexión.

¿Qué hemos hecho mal? ¿Cómo es posible que se penalice de esta manera a los que creyeron que esforzarse por aprobar unas oposiciones era el camino justo? Muchos de los que cometieron el error de aprobarlas se tuvieron que marchar lejos de su hogar. Hoy sienten que se equivocaron, que alguien les equivocó.

Es probable que cuando se escriba la pequeña historia de la medicina en este país, este punto quedará como expresión de la España más gris, de la España de charanga y pandereta que desprecia el trabajo y el mérito de sus profesionales.

En Andalucía, los tintes dramáticos se acentúan, en especial en el área de la Medicina de Familia, en donde sí ha habido varios concurso-oposición a las que han podido presentarse, muchos de los que aún son interinos. Concederles ahora una plaza a todos, a través de un concurso-oposición-farsa es sencillamente incomprensible. Posiblemente, el país que no apuesta por la excelencia de sus profesionales lo pagará caro, como mínimo lo pagará con dos monedas más o menos intangibles, una se llama *descrédito* y la otra *calidad*.

En cualquier caso, bueno será también que nos preguntemos cómo hemos alcanzado tan bajo consenso social.

En la misma línea nos llegan los *concursos de traslado*, y de nuevo el principal mérito lo constituye el número de años trabajado, con casi absoluta independencia de cualquier otra variable que pueda medir el buen desempeño en el puesto de trabajo. En una sociedad tan cambiante, en una ciencia y arte tan cambiante como la Medicina, el medir sólo los años trabajados, puede constituir una buena manera de medir la perseverancia inadvertida en el error. En fin, ni el más mínimo atisbo de medir la excelencia, de pensar en la carrera profesional; se dispara a bulto (años trabajados) y así nos irán las cosas: mal.

Pero han aparecido más asuntos, aunque de distinto signo. En Andalucía parece que se ha abierto de nuevo la veda de las comisiones de servicio. Tiene sus ventajas. También sus desventajas. Nuevas plazas no contempladas en las plantillas de los distritos, plazas de directores de centros de salud, en donde, en ocasiones, a través de convocatorias de publicidad limitada, acceden a ellas las personas que *suenan* para el puesto en los mentideros de la profesión. La sombra del amiguismo se cierne, hay que estar *bien situado* para tener acceso, si no ...

En la convocatoria de alguna plaza de director de centro de salud ha aparecido como un mérito, notoriamente ponderado, el haber trabajado con anterioridad en el mismo centro. ¿Cuánto falta para que se indique también el número de la consulta en la que trabajó el/la candidato/a a quien se le reserva la plaza? ¿y los demás?

Los criterios de selección, los argumentos esgrimidos para justificar la elección de una persona en lugar de otra levantan dudas sobre su adecuación a los criterios constitucionales —si no tanto a los de *mérito* y *capacidad*— sí al menos al criterio de *igualdad*.

Hemos de permanecer vigilantes, seamos o no los beneficiados como personas individuales o como grupo profesional definido. Tal vez no convenga hacer, tal vez no sea oportuno, o justo, hacer todo lo que, aún con la ley en la mano, se pueda hacer. Nos jugamos muchas

cosas, tal vez algunas de las más importantes, entre otras la credibilidad, el prestigio, la autoridad moral. Conviene, en cualquier caso, permanecer atentos a los descontentos que se puedan generar, tanto dentro como fuera del *entorno*.

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2001

El consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores, sus valiosas y desinteresadas aportaciones encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2001. Su trabajo constituye sin duda un *valor añadido* a la revista.

ANTONIO MANTECA GONZÁLEZ	JOSÉ ANTONIO CASTRO GÓMEZ
BEATRIZ BULLÓN FERNÁNDEZ	JOSÉ LAPETRA PERALTA
BEGOÑA LÓPEZ HERNÁNDEZ	JOSÉ LUIS SÁNCHEZ RAMOS
CARLOS MARTÍN PÉREZ	JOSÉ MANUEL ARANDA REGÚLEZ
CRISTINA AGUADO TABERNÉ	JUAN DE DIOS ALCÁNTARA BELLÓN
EDUARDO MAYORAL SÁNCHEZ	JUAN MANUEL ESPINOSA ALMENDRO
EDUARDO MOLINA FERNÁNDEZ	JUAN PORTILLO STREMPER
EMILIA BAILÓN MUÑOZ	LUIS GÁLVEZ ALCARAZ
FRANCISCO SUÁREZ PINILLA	LUIS PÉRULA DE TORRES
ANTONIO NAVAS-PAREJO CASADO	MARIBEL BALLESTA RODRÍGUEZ
FEDERICO JIMÉNEZ VILLEGAS	MAXIMILIANO OCETE ESPÍNOLA
FRANCISCA LEIVA FERNÁNDEZ	PABLO MARTÍN OLMEDO
GERARDO GRAU FIBLA	PEDRO SCHWARTZ CALERO
GUILLERMO MORATALLA RODRÍGUEZ	RAFAEL CASTILLO CASTILLO
JAVIER MORATA GARCÍA DE LA PUERTA	TERESA MARTÍNEZ CAÑAVATE
JESÚS TORIO DURANTEZ	

Fe de erratas:

En la sección de **¿Cuál es su diagnóstico?**, del Volumen 2, número 3, deberían figurar como autores de esa sección y no lo hicieron por un error editorial, los doctores siguientes: José Blasco Melguizo y Ricardo Ruiz Villaverde.

En la sección de **Publicaciones de Interés/Alerta bibliográfica**, del Volumen 2, número 3, deberían figurar como autoras de esa sección, las doctoras siguientes: Nuria B. Barbero Salado, Teresa García Ruiz y Trinidad Calvo Núñez.

ORIGINAL

¿Hacemos un manejo adecuado de la migraña en atención primaria?

Torre Lozano EJ, González Jiménez SM, Romero Cique FL, Cuenca Acevedo R, Cobos Soler FJ, Murcia Simón M, Baena Blancant A.

Médicos Internos Residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

Objetivos: Describir y valorar el manejo clínico de la migraña por los facultativos de Atención Primaria.

Ámbito o emplazamiento: Personal facultativo de los centros de salud docentes de la provincia de Córdoba.

Sujetos: 90 médicos de familia y residentes en formación.

Mediciones: Se diseñó un cuestionario autoadministrado en el que se recogieron variables del centro, del profesional, y del abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con migraña. Se realizó análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Contestaron a la encuesta 60 facultativos (66,7%). La media de consultas/ semana de pacientes con migraña es de 2,66 (límites: 1-7; IC 95%: 2,22-3,1). Se da mayor prioridad diagnóstica a las características del dolor (91,7%). En cuanto a la importancia de la exploración física destaca el examen de fondo de ojo (43,3%), y de los pares craneales (40%), seguida de evaluación de la fuerza, reflejos y sensibilidad (30%). La mayoría de los profesionales (entre el 81,7-95%) no solicitarían exploraciones complementarias para el diagnóstico de la migraña. Para el diagnóstico diferencial con la sinusitis se le solicita radiología (98,3%), y con la arteritis de la temporal se pide VSG (98,3%). Para el tratamiento de la crisis leve de migraña, el 51,7% prescribe paracetamol, y el 40% AINES; y en la forma moderada-severa un 46,6% triptanes, y un 40% AINES. El 81,7% realizaría tratamiento profiláctico en el caso de la existencia de dos episodios semanales. A la hora de derivar al neurólogo se le da mayor relevancia a la presencia de signos neurológicos anormales (88,3%), sospecha de cefalea secundaria (86,7%), modificaciones clínicas de la cefalea (76,7%), y resistencia al tratamiento (75%).

Conclusiones: Se observa un elevado consenso entre los facultativos en la manera de abordar al paciente con migraña, sobre todo en la utilización de medios complementarios y en la indicación de tratamiento profiláctico. Tendencia a la excesiva utilización del paracetamol en las crisis leves y de triptanes para las moderadas-severas. Los criterios para la derivación al especialista resultan apropiados.

Palabras clave: Migraña. Práctica clínica. Atención Primaria.

DO WE MANAGE MIGRAINES ADEQUATELY IN PRIMARY CARE?

Goals: Describe and assess the clinical management of migraines by primary care doctors.

Setting: Medical professionals from health centers that impart teaching in the Province of Córdoba.

Population: 90 general practitioners and residents in training.

Methodology: A self-administered questionnaire was designed that gathered variables on the health center, the professional, and the diagnostic and therapeutic approach used to treat patients with migraines. A descriptive analysis of the data was done.

Results: The questionnaire was answered by 60 professionals (66.7%). The average number of visits/week with patients suffering from migraines is 2.66 (limits: 1-7; CI 95%: 2.22-3.1). Greater diagnostic priority is given to characteristics of the pain (91.7%). The most important aspects related to physical exploration are an ocular exam (43.3%), and the cranial nerves (40%), followed by an assessment of strength, reflexes, and sensibility (30%). A majority of professionals (between 81.7-95%) did not request complementary explorations for diagnosing a migraine.

For a differential diagnosis with sinusitis, radiological tests were requested (98.3%) and with temporal arteritis a sedimentation rate is requested (98.3%). When treating moderate cases of migraines, 51.7% prescribed paracetamol and 40% non-steroidal anti-inflammatory drugs; in moderate-severe cases 46.6% prescribed triptans and 40% non-steroidal anti-inflammatory drugs; 81.7% would recommend prophylactic treatment in cases with two episodes per week.

Regarding referrals to a neurologist, greater relevance is given to the presence of abnormal neurological signs (88.3%), suspicions of secondary cephalgia (86.7%), clinical changes in the cephalgia (76.7%), and non-response to treatment (75%).

Conclusions: A high degree of consensus is found among professionals regarding how to approach treating patients with migraines, especially in the use of complementary therapies and recommendations on prophylactic interventions. A tendency exists to use paracetamol excessively in less severe cases and serotonin agonists in moderate-severe ones. The criteria for referral to a specialist are appropriate.

Key words: Migraines. Clinical Practice. Primary Care.

Correspondencia: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. C/ Doctor Blanco Soler, s/n. 14004. Córdoba. Correo electrónico: 1perulad@meditex.es

Teléfono: 957-012543 • Fax: 957-012504

Recibido el 03-07-2001; aceptado para su publicación el 13-11-2001.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 9-14

Introducción

La migraña es un trastorno neurofisiológico común que tiene un impacto socioeconómico importante, así como efectos perjudiciales significativos en la calidad de vida de los pacientes.

Varios estudios han demostrado una alta prevalencia de migraña en la población general. Así, en una encuesta realizada en Estados Unidos en 1992 el 17,6% de las mujeres y el 5,7% de los varones sufrían al menos una crisis de migraña al año¹. En España también en 1992 se realizó un estudio en población general, basándose en los criterios IHS (International Headache Society), y se apreció una prevalencia global del 12%, siendo en mujeres del 17% y en varones del 7%, con una mayor afectación entre los pacientes de 25 a 44 años².

En el estudio realizado en Estados Unidos¹ el 76% eran mujeres y el 82% tenían menos de 50 años. El 67% de los pacientes acudían a un médico de atención primaria y el 50% abandonaba el tratamiento médico a pesar de seguir sufriendo ataques de migraña. El 54% de los pacientes cuyos síntomas coincidían con los criterios de la IHS para la migraña confundían sus cefaleas con el estrés, la tensión o las cefaleas sinusales. El 51% de pacientes que consultaban al médico y tenían síntomas migrañosos afirmaban que no se les habían diagnosticado sus cefaleas. El 40% de mujeres y casi el 60% de hombres con síntomas incapacitantes de migraña no habían consultado nunca a un médico.

Los costes financieros de la migraña también son muy importantes. Los costes médicos directos pueden alcanzar casi los 10.000 millones al año³. Sin embargo, también se derivan unos costes indirectos debido al absentismo laboral, que se estima oscila entre los 5.000 y los 7.000 millones anuales⁴. El 56% de los pacientes que trabajaban decían haber perdido 2,2 días laborables al mes. Incluso los individuos sin absentismo decían que su productividad laboral estaba afectada una semana al mes. Aún más, el 10% de los niños con migraña perdían un día de escuela cada dos semanas⁵.

En cuanto a la calidad de vida, los pacientes de una unidad de migraña reportaron niveles de discapacidad y de percepción de la propia salud semejantes a los de personas con insuficiencia cardíaca o infarto agudo de miocardio reciente⁶.

Así, teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos decir que la migraña es un problema de salud de primera magnitud, tanto en prevalencia como por la incapacidad que produce. Ante la posibilidad de hacer un diagnóstico con los medios con los que se cuenta en atención primaria y la existencia de tratamientos que permiten un grado óptimo de control de la enfermedad se debería aumentar la educación sanitaria en torno a la migraña y priorizarla

entre las actividades de diagnóstico precoz que realizamos en la consulta a diario. Los médicos de familia deben concentrar sus esfuerzos encaminados a un óptimo tratamiento y diagnóstico de la migraña, para mejorar la calidad de su asistencia y lograr mejorar que estos pacientes se sientan más rentables desde el punto de vista social y económico^{7,8,9}.

El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar el manejo clínico de la migraña en atención primaria en función de un adecuado diagnóstico, tratamiento y derivación a especialista, dada la escasa existencia en nuestro medio de trabajos sobre el manejo de esta patología.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal, para la evaluación de la práctica clínica sobre el manejo de la migraña. La población de estudio estuvo constituida por 90 médicos de atención primaria que pertenecen a los centros de salud docentes de Córdoba y Provincia. Los profesionales eran tanto médicos de familia como residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en formación (de segundo y tercer año).

Se diseñó un cuestionario autoadministrado (anexo I) en el que se recogieron variables de cada profesional (edad, sexo, y la categoría profesional, o sea, si era médico de familia o era residente en formación), del centro donde trabajaban (rural o urbano), y sobre las características de la atención prestada a los pacientes con migraña: frecuencia con que se veían pacientes migrañosos en la consulta, prioridad dada a diversos aspectos relacionados con el diagnóstico, que destacaran lo más importante en la exploración clínica neurológica y en las exploraciones complementarias, el tipo de tratamiento que utilizaban en función de la gravedad de las crisis de migraña. Con algunas situaciones que se podían dar en la práctica clínica tratamos de ver cuándo se realiza tratamiento profiláctico en esta patología. Para terminar, nos debían contestar sobre los casos en los que se deriva al neurólogo entre varias posibilidades clínicas que les presentábamos.

El análisis estadístico ha sido descriptivo, para lo cual empleamos medidas de tendencia central y de dispersión y posición (variables cuantitativas) y frecuencias relativas (cualitativas). Para este análisis hemos utilizado el paquete estadístico SPSS versión 7.5 para Widows.

Resultados

La encuesta fue respondida por 60 facultativos (tasa de respuesta del 66,7%). El 76,7% de los profesionales pertenecen a centros urbanos (46) y 14 a centros rurales (23,3%); la muestra inicial urbano/rural era de 61/20 respectivamente. La media de edad era de 34,1 años (Intervalo de confianza al 95% de 32,19 – 36 años; límites: 26 – 48 años; desviación estándar –DE– de 6,52). 34 médicos eran hombres (56,7%) y 26 mujeres (43,3%). 22 sujetos eran médicos de familia (36,7%) y el 63,3% médicos residentes.

La media de consultas por semana de pacientes migrañosos se situó en 2,66 (DE:1,46; límites:1–7; Intervalo de confianza: 2,22 – 3,1).

Para el diagnóstico clínico de migraña, y dentro de la anamnesis, los facultativos le dan mayor prioridad a las

características que presenta el dolor de cabeza (91,7) (Figura 1).

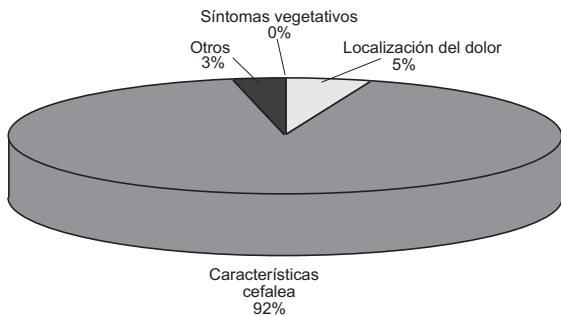


Figura 1. Prioridad a la hora del diagnóstico clínico

En cuanto a la exploración clínica, se le da más importancia al examen del fondo de ojo (43,3%), en 24 casos (40%) a la de los pares craneales, en 18 ocasiones (30%) a la fuerza, sensibilidad y reflejos, y 6 facultativos (10%) consideraron en primer lugar a la exploración de la marcha y estática.

En cuanto a las exploraciones complementarias, el 17,3% solicitaban hematimetría para el diagnóstico de migraña, el 7,3% pedían radiografía, y el 5% analítica con velocidad de sedimentación globular (VSG). Para el diagnóstico diferencial con la sinusitis, 59 profesionales (98,3%) pedían una radiografía, y con la arteritis de la temporal, el 41,7% realizaban hematimetría, y 59 (98,3%) pedían en la analítica además VSG.

Como se aprecia en la figura 2, para el tratamiento habitual en el caso de crisis de migraña leve, se prescribe

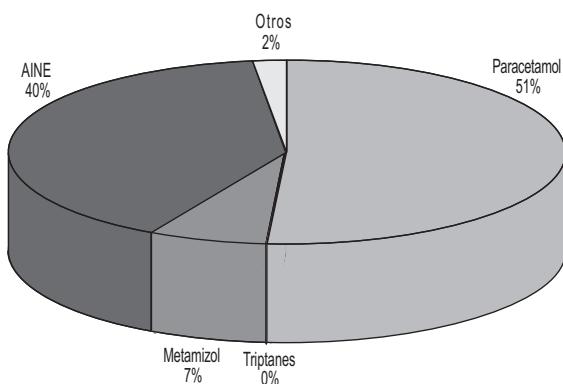


Figura 2. Tratamiento agudo de migraña leve

con mayor frecuencia el paracetamol (51,7%), seguido de los antiinflamatorios no esteroideos (40%). En cuanto al

tratamiento de las crisis migrañosas moderadas o severas, 28 facultativos (46,7%) utilizan los triptanes, y el 40% los AINES (Figura 3).

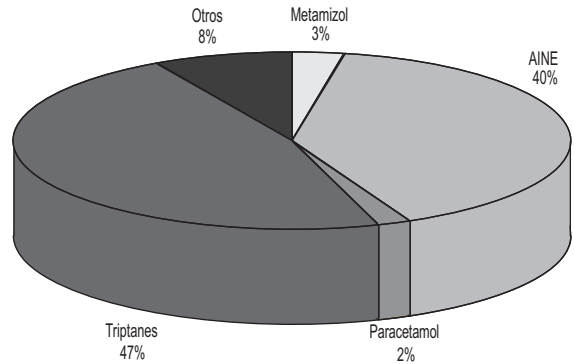


Figura 3. Tratamiento agudo de migraña moderada - severa

La prescripción de tratamiento profiláctico la realizan el 81,7% de los médicos encuetados cuando aparecen dos o más episodios de migraña semanales, si existen crisis intensas en el 40% (24 casos), si hay dos episodios mensuales el 31,7% (19 casos), si fallara el tratamiento agudo el 21,7% (13 casos), si se da junto con la migraña la presencia de aura el 8,3% (5 casos), y en otras ocasiones diferentes a las descritas en el 5% (3 casos). Ninguno pondría profilaxis si se diera un episodio ocasional de migraña (Figura 4).

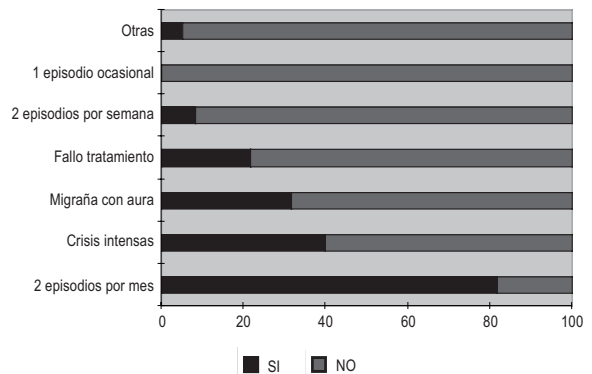


Figura 4. Situaciones prescripción tratamiento profiláctico

A la hora de valorar la decisión de la derivación al neurólogo se tuvieron en cuenta varios supuestos. Si en la exploración física neurológica aparecieran signos neurológicos anormales y/o deficitarios derivarían al especialista 53 médicos (88,3%). Si existiera, por parte del profesional, sospecha de cefalea secundaria lo remitirían en 52 casos (86,7%). Si se presentara resistencia al tratamiento prescrito por el médico de primaria derivarían 45 (75%), y si se presentaban modificaciones clínicas de la cefalea

no aclaradas serían 46 (76,7%) los que derivarían. El 25% de los facultativos remitirían al paciente si este se lo pidiera expresamente.

Discusión

Hemos comprobado en nuestro trabajo que el promedio de consultas a la semana por problemas de migraña, atendidas por el médico de atención primaria, suelen estar en torno a 2,66, resultado similar al de otros estudios^{1,10}.

En el caso del diagnóstico clínico comprobamos que hay uniformidad de criterios. No hay datos de anamnesis que destaquen en estudios realizados^{10,12} o protocolos elaborados^{13,14,15,16}, sino que son un conjunto de ellos los que nos llevan a su diagnóstico. Sin embargo, en este estudio destaca como factor más importante en el diagnóstico de migraña las características del dolor de cabeza. Si hemos comprobado en el estudio, con las limitaciones que cuenta, que no se precisan exploraciones complementarias para llegar al diagnóstico de migraña obteniendo porcentajes en tal sentido que van del 80% al 95%. Es un tema en el que se está de acuerdo en toda la bibliografía en cuanto que el diagnóstico debe ser a través de la entrevista clínica, pues no existe ninguna prueba diagnóstica de certeza^{13,14,15,17}.

Existe consenso en que el tratamiento de la crisis agudas se debe realizar en función de la gravedad. Pues bien, se aprecia en este trabajo que en las de tipo leve el tratamiento más elegido de primera intención son los analgésicos simples tipo paracetamol, y en segundo lugar los AINES, que quizás^{11,13,18,19} sea mucho más eficaz que el primero ya que se trata de un analgésico frecuentemente implicado en la cefalea por abuso de analgésicos. Para el tratamiento de las crisis moderadas o severas, los facultativos encuestado optan indistintamente por los triptanes y los AINES. En este tipo de crisis mayores, la mayoría de autores se decantan por los AINES y si son muy intensas por los triptanes^{11,13,14,15,18,19} por lo que se aprecia cierta tendencia a utilizar triptanes con demasiada asiduidad en el estudio realizado pero por la igualdad de los resultados probablemente ha podido inducir a cierta confusión el incluir ambas categorías juntas y hubiera sido más adecuado analizarlas por separado.

En los supuestos que estuvimos proponiendo en el cuestionario referentes al tratamiento profiláctico de la migraña para disminuir la frecuencia de episodios y la intensidad de los mismos, observamos que esta se adecuaba mucho la indicación de su utilización, salvo quizás si existieran episodios muy intensos en la que pocos tratarían y según muchos autores estaría indicado^{15,16,20}, pero no está tan protocolizado en este sentido.

En cuanto a la derivación al especialista, se comprueba que en un elevado porcentaje de profesionales de atención primaria efectúan remisiones adecuadas según todos los protocolos, y se tenían las ideas muy bien establecidas.

En conclusión, se comprueba con nuestro estudio que los médicos de atención primaria parecen tener los conceptos claros en relación a la migraña, tanto en su diagnóstico como de su manejo. Se encuentra mayor discrepancia entre las conductas expresadas en el estudio y la bibliografía en relación al tratamiento de las crisis agudas.

Las pérdidas existentes en el estudio no han sido mayores que en otros trabajos en los que se colabora con facultativos debido probablemente a la falta de tiempo y/o a la baja motivación^{21,22,23}. Pensamos que nuestro trabajo pensamos aporta resultados interesantes pero que, debido a su tamaño muestral, la validez externa se ve reducida, por lo que sería conveniente realizar otros estudios que permitiesen corroborar o no nuestros resultados, y para continuar indagando los conocimientos y las pautas de actuación de los médicos de atención primaria sobre una patología tan prevalente y que presenta una implicación socioeconómica tan importante.

En resumen, las conclusiones a las que hemos llegado en este trabajo son:

- Unanimidad entre los facultativos de atención primaria a la hora de no utilizar métodos complementarios para determinar el diagnóstico de migraña.
- Acuerdo con las indicaciones de realizar tratamiento profiláctico.
- Excesiva utilización de paracetamol en el tratamiento de las crisis agudas leves, y de triptanes para las moderadas o severas.
- Apropiado manejo de las indicaciones de derivación del paciente al especialista.

Bibliografía

1. Lipton RB, Solomon S, Sheffell FD. Medical consultation for migraine results from the American Association for the Study of Headache Gallup Survey Poster Presentation, 37 th Annual Scientific Meeting; 1995. June 23 – 25; Boston.
2. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assesment of the questionnaire's validity by clinical interview. En: Olesen J, ed. Headache: classification and epidemiology. New York: Raven Press, 1994: p. 221-225.
3. Lipton RB, Stewart WF. Impact of migraine. En: Cady RK, Fox AW, eds. Treating the headache patient. New York: Marcel Dekker, 1995: p. 61-73.
4. Osterhaus JT, Gutterman DL, Placheetka JR. Healthcare resource and lost labor costs of migraine headache in the U. S. *Pharmacol Economics* 1992; 2: 67 – 76.
5. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache* 1993; 33: 29 – 35.

6. Láinez Andrés JM. Migraña y calidad de vida. *Neurología* 1998; 13 (Supl 2): 1-8.
7. Prevalence of chronic migraine headache: United States. 1980 – 1989. *MMWR* 1991; 40:331.
8. Lipton RB, Stewart WF. Medical consultation for migraine. *Neurology* 1994; 44 (supl 2): 199.
9. Stang PE, Osterhaus JT, Celentano DD. Patterns of health care use. *Neurology* 1994; 44 (supl 4): 47.
10. Leira R, Láinez JM, Pascual J, Díez Tejedor E, Morales F, Titus F, Alberca R, García de Polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine (I). Profile of the patient with migraine attending neurology clinics. *Neurología* 1998; 13: 287 – 291.
11. Pascual J, Leira R, Láinez JM, Alberca R, Titus F, Morales F, Díez tejedor E, García de Polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine (II). Profile of medication consumption and subjective efficacy. *Neurología* 1999; 14: 204 – 209.
12. Zarranz JJ, Sánchez Menayo JJ, Hurtado Urquidi P, Pascual J, Titus F. *Cefaleas*. *Jano*, 1998; 55.
13. Calero Muñoz S, Tranche Iparraguirre S, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Copetti Fanlo S, Castillo Obeso J, et al. *Cefaleas*. *Protocolo. Formación Médica Continuada* 1999; 6.
14. Castillo Obeso J, Calero Muñoz S, García Fernández ML, Martínez Eizaguirre JM, Tranche Iparraguirre S, Viciano – Ortiz de Galisteo E. Grupo de trabajo de Cefaleas de la semFYC. Recomendaciones de la semFYC n.º 12. *Cefaleas*. Barcelona: Edi-De, 1999.
15. Delgado López F, Girón Úbeda JM, Muñoz Málaga A, Rodríguez Fernández, Sáenz Aguilar S, Vila Dupló MJ. La migraña en atención primaria: revisión y actualización 2000; 26: 248 – 252.
16. Leira R, Díez Tejedor E, Láinez JM, Pascual J. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1999. Grupo de estudio de Cefaleas de la SEN.
17. Goadsby PJ, Olesen J. Diagnosis and management of migraine. *BMJ* 1996; 312: 1279 – 1284.
18. Pryse – Phillips WEM, Dodick DW, Edmeans JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1273 – 1287.
19. Pryse – Phillips WEM, Dodick DW, Edmeans JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1998; 159: 47 – 54.
20. López – Pousa S, Grau – Veciana JM, Alberca Serrano R, Gómez – Aranda F. Módulo “Década del Cerebro”: La migraña. Curso de actualización de Neurología. Fundación Promedic – Promoción Médica. 2000.
21. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Aproximación a los conocimientos de los médicos de atención primaria sobre el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados. *Semerger* 2001; 27: 5-13.
22. Martínez G, Saperas E, Benavent J, Mearin F, Piñol JC, Barenys M, et al. Actitud de los médicos de atención primaria del área metropolitana de Barcelona frente al diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori* en enfermedades gastroduodenales. *Gastroenterología y Hepatología* 1998; 21: 473-478.
23. Vilarasau J, Martín-Baranera, Oliva G. Encuesta sobre la valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes (I). ¿Cuál es la práctica preoperatoria? *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2001; 48: 4-10.

ANEXO I HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Introducción

La migraña es la cefalea primaria de mayor repercusión social y económica por su alta prevalencia e incidencia de crisis incapacitantes. Es por ello por lo que los esfuerzos encaminados a un mejor tratamiento y diagnóstico de la misma deberán, con toda probabilidad, ser muy rentables desde el punto de vista social y económico.

1. Datos del profesional
 - Centro: Rural
 Urbano
 - Edad:
 - Sexo: Hombre
 Mujer
 - Tiempo que lleva en activo: Años (meses)
 - Categoría profesional: Médico de Familia
 MIR
2. ¿ Con qué frecuencia ve pacientes migrañosos en su consulta?
 n.º promedio de pacientes por semana: _____
3. ¿ A qué da más prioridad a la hora del diagnóstico de migraña? (elijá la que considera más relevante)
 - síntomas vegetativos
 - localización
 - características del dolor
 - otras (en su caso señale cuales): _____
4. Ante un paciente con sospecha de migraña ¿a qué da mas importancia en la exploración clínica neurológica?
 - exploración de pares craneales
 - fondo de ojo
 - exploración de fuerza, reflejos y sensibilidad
 - exploración de la marcha y de la estática
 - otras (en su caso señale cuales): _____

5. Exploraciones complementarias. Señale cuál y en qué casos las suele solicitar. Por favor, marque con una "x" la que proceda:

PROCESO	HEMATIMETRÍA Y BIOQUÍMICA	RADIOGRAFÍA	VSG	OTRAS
Sinusitis				
Migraña				
Arteritis de la temporal				
Otras (señale cuáles)				

6. Indicar el tratamiento de uso habitual en los casos que a continuación se señalan:

a) migrañas leves

- Paracetamol
- AINES
- Metamizol
- Triptanes (5-HT)
- Otros

b) migrañas moderadas-severas

- Paracetamol
- AINES
- Metamizol
- Triptanes (5-HT)
- Otros (en su caso señale cuál)

7. En qué casos realiza prescripción de tratamiento profiláctico (puede contestar más de una opción)

- dos episodios mensuales
- crisis intensas
- migraña con aura
- fallo del tratamiento agudo
- dos episodios semanales
- un episodio ocasional
- Otras (especificar): _____

8. ¿Cuándo realiza la derivación al neurólogo? (puede contestar más de una opción)

- en todos los casos
- resistencia al tratamiento prescrito por usted
- sospecha de cefalea secundaria
- a petición del paciente
- signos neurológicos anormales o deficitarios
- modificaciones clínicas de la cefalea no aclarada
- Otras (especificar): _____

Gracias por su colaboración

ORIGINAL

Características de la población que precisa el uso de accesorios para la incontinencia urinaria en un centro de salud urbano

Torre Lozano EJ, Montilla M, Higuera F, Sierra Ruiz M, Jaramillo I, Aguado Taberné C.

Médicos Internos Residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

Objetivos: Conocer las características de la población con incontinencia urinaria (IU) atendida en atención primaria, que precisa de la utilización de absorbentes. Conocer las medidas tomadas y la adecuación de las mismas.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Ámbito o emplazamiento: Centro de Salud de Occidente de Córdoba.

Sujetos: Se incluyeron 72 pacientes con IU registrados en dicho Centro de Salud con medidas absorbentes durante un año.

Mediciones: Mediante entrevista telefónica o personal al paciente o cuidador, se obtuvo información sobre variables socio-demográficas, tipo y severidad de IU, y de los diferentes accesorios utilizados. Se llevó a cabo un análisis estadístico uni-bivariado ($p < 0,05$).

Resultados: La encuesta fue realizada al 80,5% de los pacientes (62% al cuidador). El 74,1% eran mujeres con una mediana de edad de 77,5 años (límites: 11-99). El 91,4% vive en domicilio particular y el 8,6% en residencia. El 38% hace una vida camasillón, y el 22,4% deambula pero sin poder salir de casa. Las enfermedades asociadas más frecuentes eran: Insuficiencia cardíaca congestiva (17,2%), Parkinson (8,6%), accidentes cerebrovasculares (25,9%), deterioro cognitivo (15,5%), el 19% presentaba parálisis cerebral, y el 48,3% tenía antecedentes de ITU. La IU tuvo un inicio gradual en el 58,6%, intensidad moderada (55,2%), y posteriormente severa (56,9%). El tipo de IU más frecuente fue la funcional (48,3%), seguida de la de esfuerzo (20,7%). Las protecciones son utilizadas en IU moderadas ($p = 0,01$). Se observa una tendencia a usar más pañales en IU severas ($p = 0,06$), y de pañales rectangulares en IU no funcionales ($p = 0,019$).

Conclusiones: Los pacientes incontinentes son mujeres mayores que ven reducida su calidad de vida, al presentar además una elevada co-morbilidad. Predominio de IU funcional gradual y severa. La utilización de protecciones se corresponde con la intensidad de la IU.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Absorbentes. Atención Primaria.

CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN AN URBAN HEALTH CENTER WHO NEED TO USE DEVICES FOR URINARY INCONTINENCE

Goals: To discover the characteristics of patients with urinary incontinence (UI) treated at the primary care level and who need to use absorbent products. To learn about the measures employed and their appropriateness.

Methodology: Descriptive, observational study.

Setting: "Occidente" Health Center in Cordoba.

Sample: 72 patients with UI, registered in the aforementioned Health Center, who had been using absorbent products for one year.

Interventions: Telephone interviews were used to obtain information from the patient or caregiver on socio-demographic variables, the type of UI and its severity, and the kinds of accessories used. A uni-bivariant statistical analysis was done ($p < 0.5$).

Results: 80.5% of the interviews done were with the patients (62% to the caregiver). 74.1% were women whose average age was 77.5 (limits: 11-99).

91.4% lived at home and 8.6% resided in a nursing home. 38% had a bed to chair lifestyle and 22.4% could walk, but not outside the home. The most frequently associated diseases were: cardiac insufficiency (17.2%), Parkinson's disease (8.6%), strokes (25.9%), cognitive deficit (15.5%), 19% suffered cerebral palsy, and 48.3% had a prior history of urinary tract infection. Onset of UI was gradual in 58.6% of the cases, of moderate intensity (55.2%), and later on, severe (56.9%). The most frequent type of UI was functional (48.3%), followed by stress incontinence (20.7%). Protection devices were used in moderate cases of UI ($p = 0.01$). A tendency was found toward the use of diapers in more severe cases ($p = 0.06$) and absorbent pads in non-functional cases of UI ($p = 0.019$).

Conclusions: The incontinent patients are older women who find their quality of life eroded and who, in addition, have a high degree of comorbidity. Gradual functional and severe UI predominate. The use of protective devices corresponds to the intensity of the UI.

Key words: Urinary incontinence. Absorbent products. Primary care.

Correspondencia: C/ Doctor Blanco Soler, 4. 14004. Córdoba. Correo electrónico: lperulad@meditex.es

Teléfono: 957-012544 • Fax: 957-012504

Recibido el 03-07-2001; aceptado para su publicación el 12-11-2001

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 15-23

Introducción

La International Continence Society define la Incontinencia Urinaria (IU) como "la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, en grado suficiente para constituir un problema social o higiénico"¹.

La IU es un trastorno que afecta a un 5% de los adultos que viven en sus casas, reduciendo enormemente la calidad de vida de los pacientes que lo padecen². Es un problema frecuente a cualquier edad, pero tiene mayor prevalencia en los ancianos, constituyendo uno de los grandes problemas de salud geriátricos, especialmente en aquellos que viven en una institución cerrada.

Según la Fundación para la Continencia, una de cada cuatro mujeres y uno de cada nueve hombres sufrirá IU en alguna etapa de su vida³. La tasa de mortalidad debido a IU es baja, sin embargo la morbilidad y la afectación en la calidad de vida es importante. En una encuesta realizada en 1994 se puso de manifiesto que casi el 70% de los afectados se resigna a sufrir los síntomas y no buscan ayuda médica⁴. La mayoría de aquellos que eventualmente acuden a consulta por este motivo lo hacen tan sólo tras un promedio de cuatro años de soportar los síntomas.

La IU genera un elevado coste económico. Así, en el Reino Unido, la IU cuesta al Servicio Nacional de Salud en absorbentes y ayudas unos 70 millones de libras al año⁵. En los Estados Unidos el uso de absorbentes cuesta 1000 dólares por persona y año según la estimación de la Conferencia para el Consenso sobre la Continencia de ese país⁶. En nuestro país, el consumo de absorbentes generó en 1996 un gasto de 25.685 millones de pesetas, lo que representó el 3,2% del importe total de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. En el período 1990-1996 el uso de envases se duplicó y el importe se incrementó en un 161,3%⁷. Se apreció que las partidas más importantes del gasto son los cuidados rutinarios del paciente y las estancias hospitalarias, mientras que el diagnóstico y el tratamiento sólo representan un 2% del gasto total^{8,9}. Más de un 90% del coste de los cuidados rutinarios es debido al consumo de accesorios, principalmente la utilización de absorbentes⁹.

La falta de formación médica adecuada sobre la IU es un importante obstáculo para el correcto diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en atención primaria (AP) y con ello un posible mal uso de las medidas correctoras con un aumento del gasto. Un estudio demostró una falta de conocimientos entre los médicos de primaria sobre los diferentes tipos de incontinencia y sus causas, valoración y tratamiento¹⁰.

Los accesorios para la incontinencia sirven para afrontar el problema social e higiénico, pero no son el tratamiento etiológico por lo que no se usan en el tratamiento de inicio. Sin embargo, para algunos pacientes, como los ancianos y los discapacitados, los absorbentes pueden ser el único método práctico para controlarla. También pueden usarse como medida temporal mientras se lleva a cabo una exploración objetiva o se espera el tratamiento. Antes de prescribir o asignar cualquier ayuda, debe realizarse una evaluación completa de las necesidades del paciente para garantizar la obtención de un beneficio óptimo².

Los tipos de IU de forma establecida (pues puede existir IU transitoria por múltiples causas) se pueden dividir en cuatro: la de esfuerzo, la de urgencia, por rebosamiento y la funcional (causada por factores ajenos al tracto urinario inferior, como deterioro de la movilidad o demencia, que hacen que el paciente no pueda ir al retrete de manera adecuada, por lo que su diagnóstico es de exclusión)¹¹.

El objetivo de este trabajo fue estudiar las características de la población con IU que utiliza absorbentes, describir los diferentes tipos de IU existentes y conocer las medidas terapéuticas utilizadas y la adecuación de las mismas.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre 72 pacientes incontinentes que utilizaban o habían usado cualquier tipo de accesorio, pertenecientes a seis cupos del Centro de Salud "Occidente", de Córdoba, desde Julio de 1999 hasta Junio de 2000. La muestra se obtuvo a través de la base de datos informática del Centro de Salud en la que se recogieron todos las personas que utilizaban dichos accesorios.

Se elaboró un cuestionario (anexo I), con el que se obtuvieron las variables del estudio a través de entrevista realizada por médicos al paciente o al cuidador (en caso de que el paciente no estuviera capacitado), de forma personal o telefónica. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, domicilio), y sobre la calidad de vida del enfermo (mediante una escala funcional basada en la Escala de la Cruz Roja de incapacidad física)¹². Tuvimos en cuenta los antecedentes personales individuales tanto a nivel general como los ginecológicos y los urológicos. Se recogían también datos sobre las características de la IU y la utilización de pañales.

Clasificamos el tipo de IU que presentaba cada paciente a través de unos cuestionarios y el grado de severidad actual. Además investigamos el tipo de accesorio utilizado y los productos absorbentes empleados.

Valoramos el grado de adecuación de la prescripción o uso de absorbentes en relación con el grado de severidad de la IU, es decir, si en las IU más severas existía tendencia a utilizar absorbentes frente a IU moderadas o leves donde, presumiblemente, se deben de utilizar en menor medida los pañales y en donde sí cobran más importancia las protecciones.

Para el análisis de los datos utilizamos como programa de base de datos y de análisis estadístico el SPSS versión 7.5. Llevamos a cabo un análisis estadístico uni-bivariado considerando diferencias estadísti-

camente significativas para un $p < 0,05$. Se ha empleado para el estudio estadístico la prueba de t de Student para comparar dos medias para muestras independientes, y la χ^2 para la comparación de proporciones.

Resultados

Se estudiaron un total de 58 enfermos (tasa de respuesta = 80,5%). Los pacientes a los que no se les pasó la encuesta se debió a la falta de colaboración o a la no localización de los mismos. El 37,9% eran pacientes, y en el 62,1%, la entrevista se le realizó a los cuidadores (62,1%). El 74,1% eran mujeres. La media de edad era de 70 años (mediana=77,5 años; límites: 11-99 años; desviación estándar -DE-: 21,6; Intervalos de confianza al 95%: 64,3-75,7;). El 91,4% viven en el domicilio familiar, y el 8,6% en una residencia.

En cuanto a la autonomía de los pacientes, el 37,9% está limitada su vida a traslados cama-sillón y el 22,4% deambulan pero sólo por la casa (Figura 1).

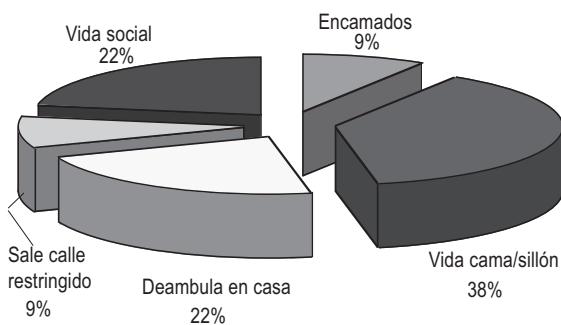


Figura 1. Grado de autonomía de los pacientes con IU con absorbentes (n = 58)

Las enfermedades que más frecuentemente presentan estos pacientes son la hipertensión arterial (39,7%), la diabetes mellitus (31%), alteraciones vasculares (25,9%), insuficiencia cardiaca congestiva (17,2%), cardiopatía isquémica (17,2%), deterioro cognitivo (15,5%), parálisis cerebral (19%), y Parkinson (8,6%).

Por lo que respecta a la historia ginecológica, 12 (27,9%), tienen antecedentes de cirugía, y 37 (86%) se encuentran en situación de menopausia o postmenopausia. Ocho pacientes presentaban antecedentes de patología renal (13,8%), destacando las infecciones de orina en los dos últimos años (48,3%).

La forma de instauración de la IU al inicio fue de forma gradual en 34 casos (58,6%) frente al 41,4% que lo hizo de forma brusca. En cuanto a la intensidad de la IU en el momento de entrevistarles, era severa en el 57,9%, mo-

derada en 22 (38,6%), y leve en 2 (3,5%). Sin embargo, al comenzar la enfermedad fue moderada o incapacitante sin ayuda de accesorios en el 55,2%, abundante incapacitante con ayuda de accesorios en 16 casos (27,6%), y leve sin incapacitación en 9 (15,5%).

El 48,3% de la IU eran de tipo funcional, seguidas de las de esfuerzo (20,7%), las de urgencia (13,8%), 6 eran mixtas o combinación de urgencia y esfuerzo, y el 6,9% de rebosamiento.

Los accesorios utilizados fueron: los absorbentes (81%), fundas de cama (44,8%), compresas (17,2%), paños (12,1%), colectores (8,6%), y sonda uretral el 5,2%.

En cuanto a los tipos de pañales, los más utilizados eran los anatómicos (tanto el de día -43,1%- como el de noche -32,8%-), aunque otros como el rectangular (22,4%), y el elástico mediano (17,2%) y grande (10,3%), o incluso las protecciones (17,2%) fueron igualmente empleados.

Comparamos el grado de IU con el uso o no de protecciones (compresas, salva-slip). Se apreció que en IU moderadas, el 36,4% utilizó protecciones y los incontinentes severos las utilizaron el 6,1% ($p = 0,01$; $\chi^2 =$

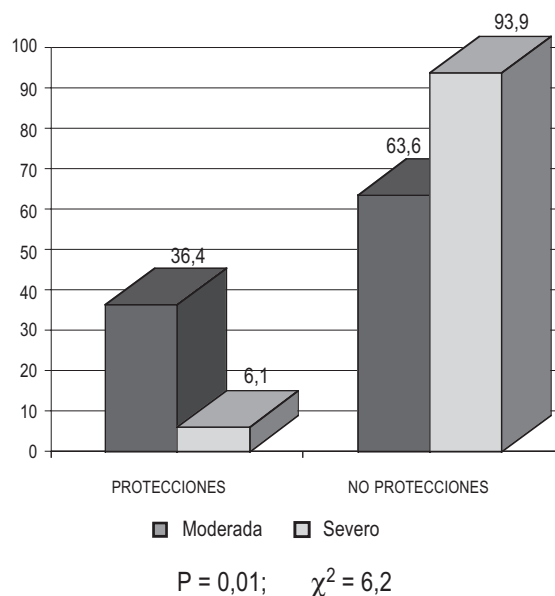


Figura 2. Grado de IU frente al uso o no de protecciones

6,2) (Figura 2). En este sentido comprobamos como este tipo de accesorio se utilizó fundamentalmente en IU moderadas con diferencias estadísticamente significativas.

También comparamos el grado de IU con el uso o no de absorbentes y se observó una tendencia en IU severas

a utilizar absorbentes, ya fueran pañales rectangulares, anatómicos y/o elásticos en el 34,85%, frente a la utilización de estos en IU moderadas en el 22,73% ($p = 0,06$; $\chi^2 = 5,3$) (Figura 3). En IU no funcionales se utilizó el pañal rectangular en el 34,6% y en las IU funcionales se utilizó dicho pañal en el 7,4% ($p = 0,019$; $\chi^2 = 4,4$) (Figura 4).

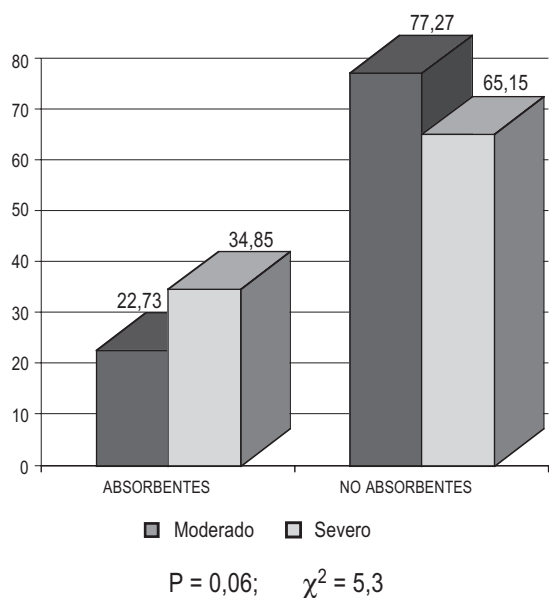


Figura 3. Grado de IU en relación al uso o no de absorbentes

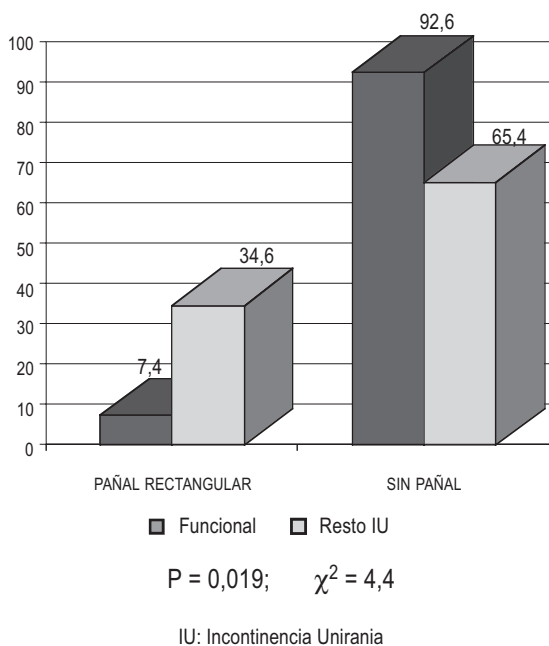


Figura 4. Tipo de IU frente y uso o no de pañales rectangulares

Discusión

A la hora de revisar la bibliografía hemos encontrado que la mayoría de los estudios se refieren al uso de absorbentes en los pacientes incontinentes^{13,18}, mientras que nuestro trabajo ha partido de un estudio de pacientes incontinentes pero que usan absorbentes o algún otro accesorio. El objetivo de nuestro trabajo no era el de determinar la prevalencia de la IU en este ámbito, como ocurre en muchas otras referencias^{14,15,16,17}, sino de valorar la adecuación del uso de absorbentes. Cuando comparamos, por tanto, se emplean metodologías o diseños que varían entre unos y otros trabajos, lo que debe ser tenido en consideración.

El perfil más característico del paciente incontinente es el de una mujer de edad avanzada con calidad de vida reducida, alto grado de dependencia de familiares e incontinencia severa que utiliza accesorios, resultados que son similares a las de otros estudios^{18,19,24}.

En relación al tipo de accesorio utilizado, los porcentajes que hemos obtenido varían en relación a la literatura porque se ha partido de personas que utilizaban cualquier tipo de accesorio, y el resto de trabajos tenían en cuenta a los pacientes incontinentes¹⁸, se llevaron a cabo en población general^{20,21,22}, o sólo en mujeres ancianas^{19,23}. Sí existe coincidencia en que los accesorios más utilizados son los absorbentes, pero en relación al uso de colectores, ha sido mayor que el de la sonda vesical (8,6% frente al 5,2%), no ocurriendo así en el trabajo de Gavira et al¹⁸. Probablemente esto puede ser debido a que en nuestro estudio el número de pacientes era más reducido.

En cuanto a los diferentes tipos de IU, hemos observado que destacan las de tipo funcional. No todos los autores la aceptan como tal, pero son enfermos que consumen muchos recursos. La IU más frecuente reconocida es la de esfuerzo, que en nuestro trabajo se ha situado en segundo lugar.

Otro de los aspectos que hemos tratado de mostrar era si la utilización de absorbentes se adecua al grado de severidad de la IU, y no hemos visto referencias directas en la bibliografía revisada sobre este aspecto salvo en el trabajo de Gavira et al¹⁸, que señala una excesiva utilización de absorbentes de talla grande. A destacar, igualmente, la revisión realizada por Shirran y Brazelli²⁵ que llevaron a cabo un minucioso análisis entre diferentes tipos de productos de contención en ensayos encontrados, utilizando para ello diferentes bases de datos, sobre todo la Cochrane Library, llegando a la conclusión de que los resultados, aunque interesantes, fueron algo escasos y de calidad insuficiente. Nuestro estudio ha puesto de manifiesto una tendencia adecuada a usar absorbentes

en IU severas, pero ésta no llegó a ser estadísticamente significativa, probablemente por el limitado tamaño de la muestra de nuestra serie. Por el contrario se apreció que el uso de protecciones, o sea, compresas o salva-slip, se adecuó al grado de intensidad de IU, pues se utilizaron fundamentalmente en las de tipo moderado.

Hemos encontrado dificultades a la hora de homogeneizar la edad pues cubría un amplio abanico de edades los pacientes incluidos en el trabajo y eso podía influir a la hora de la obtención de los resultados. Tuvimos, como ya hemos comentado, algunas dificultades en abarcar a todos los pacientes, pues algunos se negaron a contestar al cuestionario, posiblemente por reticencias ante la posibilidad de retirarles los absorbentes, o a la no localización de los mismos por cambio de domicilio u otros motivos desconocidos por nosotros.

Creemos que, como ya hemos visto en algunos artículos revisados⁹, la situación de la IU es un problema bastante desconocido por los facultativos y que pasa bastante desapercibido si no se indaga o no se le presta la necesaria atención en la práctica clínica.

Por todo ello llegamos a las siguientes conclusiones:

- El perfil de los pacientes con IU que usan absorbentes sería el de mujeres mayores con una calidad de vida reducida, con alto grado de dependencia familiar y con elevada comorbilidad.

- La IU suele ser funcional de inicio gradual acabando de forma severa.

- El uso de protecciones se corresponde con la intensidad de la IU.

Sería necesario, a nuestro juicio, realizar más estudios para observar la correcta adecuación del uso de pañales en función del grado de severidad.

Bibliografía

1. Ouslander JG. Geriatric urinary incontinence. *Dis Mon* 1992; 38: 65 – 149.
2. Cardozo, Linda; Staskin, David; Kirby, Michael. La incontinencia urinaria en asistencia primaria. Reino Unido 2000; 1.
3. Norton C. Increasing incontinence awareness. *J Comm Nurs* 1994; 2: 8-12.
4. A. Gallup. Survey of 1423 women aged 16 to 54 (CQ 4229/A). London 1994; 1.
5. O'Brien J. Evaluating primary care interventions for incontinence. *Nurs Stand* 1996, 10:40-43.
6. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health care costs. *J Am Geriatr Soc* 1994, 38: 292-295.
7. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 1996.
8. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care cost. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 292-295.
9. Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. *Ostomy Wound Management* 1997; 43: 18-25.
10. Brocklehurst JC. Professional and public education about incontinence. A British experience. *J Am Geriatr Soc* 1990, 38: 384-386.
11. Martínez F, Fouz C, Gil P, Téllez M. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *MEDIFAM* 2001; 11: 55-64.
12. Regalado P, Valero C, González – Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 93 – 99.
13. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *BMJ* 1988; 296: 1300-1302.
14. Seim A, Sandvik H, Hermstad R, Hunskaar S. Female urinary incontinence consultation behaviour and patient experiences: an epidemiological survey in a Norwegian community. *Family Practice* 1995; 12: 18-21.
15. Lee KS, Chan CJ, Merriman A, Tan EC, Osborn V. Clinical profile of elderly UI in Singapore: a community based study. *Ann Acad Med Singapore* 1991; 20: 736-739.
16. Burgio KL, Matthewus KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991; 146: 1255-1259.
17. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol* 1990; 45: 67-74.
18. Gavira FJ, Carida JM, Pérez del Molino J, Ocerín J, Valderrama E, López M et al. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). *Aten Primaria* 2000; 25: 88-95.
19. Hellström L. Urinary incontinence and the use of incontinence aids in the elderly-elderly (tesis doctoral). Gothenburg: Gothenburg University, 1994.
20. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community-analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306: 832-834.
21. O'Brien J, Austin M, Sheti P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need and treatment and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ* 1991; 303: 1308-1312.
22. Sandvik H, Hunskaar S. Incontinence pads-prevalence of use and individual consumption. *Scand J Soc Med* 1993; 21: 120-121.
23. Molander U. Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women (tesis doctoral). Gothenburg: Gothenburg University, 1992.
24. Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Díaz P, Téllez Martínez – Fornés. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *MEDIFAM* 2001; 11: 55 – 64.
25. Shirran E, Brazzelli M. Absorbent products for the containment of urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.*

ANEXO I
HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

1. Datos biodemográficos.

- Edad: _____ años.
- Sexo:
 - Hombre
 - Mujer
- Comunidad donde vive:
 - Familiar
 - Institución
- Grado de autonomía:
 - Encamado
 - Vida cama/sillón
 - Deambula pero enclaustrado en casa
 - Sale a la calle pero restringe vida social
 - Vida social sin restricciones
- Realización del cuestionario a:
 - Paciente
 - Cuidador
- Modo de realización:
 - Presencia
 - Teleléfono

2. Enfermedades concomitantes.

ENFERMEDAD	SI-NO-NS/NC	¿EN TRATAMIENTO?	TRATAMIENTO
Diabetes			
HTA			
EPOC			
Cardiopatía:			
- ICC			
- C. isquémica			
Patología SNC:			
- Parkinson			
- Alt. vascular			
- Det. Cognitiv			
Depresión			
Ansiedad/insomnio			
Pat. Psiquiátrica			
Parálisis cerebral			
Retraso mental			
Otros: _____			

3. Historial ginecológico.

- Embarazos a término (número): _____
- Cirugía ginecológica:
 - Sí
 - No
 - NS/NC
- Estado ginecológico actual:
 - Menstruación
 - Síndrome climatérico
 - Menopausia/postmenopausia

4. Historial urológico.
- Patología renal:
 - Sí (especificar: _____)
 - No
 - NS/NC
 - ¿Está en tratamiento actualmente?
 - Sí (especificar: _____)
 - No
 - NS/NC
 - Infecciones urinarias previas:
 - Sí
 - No
 - NS/NC
5. Diagnóstico.
- Tipo de IU:
 - Esfuerzo
 - Urgencia
 - Rebosamiento
 - Funcional
6. IU de esfuerzo.
- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Al subir o bajar las escaleras, ¿se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Cuando ríe, ¿se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Cuando estornuda, ¿se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Cuando tose, ¿se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
7. IU de urgencia.
- Si está en la calle y tiene ganas de orinar, ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Si oye el ruido de agua o pone las manos en agua fría, ¿tiene ganas de orinar?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Si tiene ganas de orinar, ¿tiene la sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir deprisa porque se le escapa la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC

8. IU por rebosamiento.
- Cuando acaba de orinar, ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
 - ¿Va a menudo al servicio?
 - Sí
 - NO
 - NS/NC
9. Graduación de la incontinencia.
- Severidad de IU:
 - > Frecuencia de pérdida urinaria:
 - Menos de una vez al mes (1)
 - Una o varias veces al mes (2)
 - Una o varias veces semana (3)
 - Cada día y/o cada noche (4)
 - > Cantidad urinaria que pierde:
 - Gotas o poca (1)
 - Mucha (2)
 - > Frecuencia x cantidad:
 - Ligera (0-2)
 - Moderada (3-4)
 - Severa (6-8)
10. Tipos de accesorios para IU.
- Compresas
 - Paños higiénicos
 - Pañales o absorbentes
 - Catéter vesical o sonda uretral
 - Colector de orina
 - Botella / orinal
 - Funda de plástico para la cama
 - Nada
11. Productos absorbentes.
- Protecciones
 - Ropa interior (pañales):
 - Rectangular
 - Anatómico (día, noche, supernoche)
 - Elásticos (pequeño, mediano, grande)
 - Pañal pantalón
 - Prenda acolchada estilo pañal
 - Pañal de cama

ORIGINAL

Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada

Pérez Fuentes M.ª F¹, Castillo Castillo R², Rodríguez Toquero J³, Martos López E⁴, Morales Mañero A⁵

¹ Médico de Familia. S.A.S. ZBS Andújar «A», ² Médico de Familia. S.A.S. ZBS Linares «C», ³ Médico Internista. S.A.S. Agrupación de distritos Linares-Andújar, ⁴ Farmacéutica de distrito. S.A.S. Agrupación de distritos Linares-Andújar, ⁵ Médico de Familia. S.A.S. ZBS Linares «C».

Objetivo: Conocer las características y adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes ancianos polimedicados de un centro de salud.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención primaria.

Sujetos y métodos: 72 pacientes polimedicados mayores de 65 años, seleccionados por cada médico de los siete participantes, mediante el método de búsqueda oportunista; se cumplimentó una hoja de registro que resumiera los datos esenciales de su historia clínica.

Intervención: Se valoró la adecuación del tratamiento por cinco profesionales que aplicaron ocho criterios de evaluación seleccionados de la bibliografía: diagnóstico y tratamiento, interacciones entre medicamentos sin justificación clínica y con justificación clínica, interacciones medicamento enfermedad sin justificación clínica y con justificación clínica, número de dosis incorrectas, número de fármacos de valor intrínseco no elevado (VINE) por paciente, número de redundancias medicamentosas por paciente.

Resultados: La edad promedio fue de 74,4 años (EE 0.9), las enfermedades más frecuentes asociadas fueron: hipertensión arterial no complicada, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, cardiopatía isquémica, EPOC. El número de pacientes con al menos un fármaco no indicado fue de 34 (47 %)(EE 0.058); presentaron interacciones medicamentosas justificadas 43 (59%) (EE 0.057); con al menos un fármaco de valor intrínseco no elevado (VINE) 38 (52,7 %) (EE 0.058) y las redundancias de medicamentos innecesarios estuvieron presentes en 9 pacientes (12,5 %) (EE 0.038).

Conclusiones: El uso de medicamentos sin una indicación clara es alto, un 47 % de pacientes están consumiendo al menos un medicamento sin indicación. La prescripción de VINE es alta.

Palabras clave: Polifarmacia, anciano, adecuación prescripción farmacológica.

TO STUDY THE CHARACTERISTICS AND APPROPRIATENESS OF DRUG TREATMENT IN A HEALTH CENTER OF ELDERLY PATIENTS RECEIVING MULTIPLE MEDICATION

Methodology: Cross sectional descriptive study.

Setting: Primary care.

Population and Sample: 72 patients over age 65 receiving multiple medications were selected by seven participating doctors using the opportunistic search method. A registration sheet was filled out that summarized basic data from their clinical history.

Intervention: The treatment's adequacy was assessed by five professionals who applied eight evaluation criteria selected from the bibliography: diagnosis and treatment, interactions among clinically justifiable and non-justifiable drugs, clinically justified and non-justified drug-disease interactions, number of incorrect doses, number of drugs with low intrinsic value per patient, number of repeated drugs per patient.

Results: The average age was 74.4 (EE 0.9), the most frequently associated diseases were: non-complicated high blood pressure, Type II Diabetes Mellitus, obesity, ischemic cardiopathy, COPD. The number of patients who receive at least one non-indicated drug was 34 (47 %)(EE 0.058); 43 of them (59%) showed justifiable drug interactions (EE 0.057); with at least one drug with *low intrinsic value** 38 showed such a reaction (52.7 %) (EE 0.058); and with unnecessarily repeated drugs, justifiable drug interactions appeared in nine patients (12.5 %) (EE 0.038).

Conclusions: There is a high use of drugs lacking a clear indication; 47% of the patients are receiving at least one non-indicated drug. The prescription of drugs with low intrinsic value is high.

Key words: polypharmacy, elderly, medication appropriateness.

Correspondencia: Pérez Fuentes M.ª Francisca. C/ Paseo de Linarejos, 4, 6.º F. 23700 Linares (Jaén). Correo electrónico: fuente2@teletel.es.

Teléfono: 953 699 764

Recibido el 30-08-2001; aceptado para su publicación el 12-11-2001

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 23-28

Introducción

Existe un interés creciente por el consumo de fármacos en las sociedades desarrolladas. Son las personas mayores de 65 años el grupo de mayor importancia, ya que siendo el 10-13 % de la población suponen el consumo del 25-50 % de los fármacos prescritos. La polimedición en el anciano es un hecho constatado por diversos estudios^{1,2,8,10}; que se explica porque con el paso de los años se van acumulando las enfermedades y los pseudodiagnósticos. La mayoría son enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento de la población, sumándose también en esta franja de edad una larga lista de síntomas o signos que no son fáciles de clasificar en "entidades de libro", pero que exigen ser aliviados en una sociedad en la que el principio de la ascética está olvidado; y a los cuales se suele enfrentar una larga lista de medicamentos, muchos de los cuales son consecuencia de una automedicación^{2,3,4}.

Los factores comúnmente aceptados asociados al consumo de medicamentos son: la edad (mayor morbilidad crónica y mayor uso de los servicios sanitarios), el sexo femenino (mayor uso de los servicios), la alta prevalencia de trastornos de salud mental (ansiedad y depresión) y la intervención de múltiples prescriptores^{5,6,16}. La consecuencia de esto suele ser la acumulación de fármacos en el domicilio de los pacientes, al ser pocos los fármacos que el anciano abandona definitivamente: los conserva, alterna, combina, añade las novedades que otros compañeros de sufrimiento les recomiendan^{2,3,4} y lo más frecuente, suman las recomendaciones de varios médicos.

El elevado consumo de fármacos en el anciano genera importantes problemas: aumento de reacciones adversas y de las interacciones entre fármacos, mayor incumplimiento terapéutico, (con elevado número de errores en la dosificación y seguimiento), siendo este factor uno de los más importantes que suele comprometer el éxito del tratamiento.

Con este trabajo nos planteamos conocer lo apropiado de la indicación del tratamiento farmacológico en una muestra de ancianos polimeditados de nuestra zona básica de salud, analizando las enfermedades, las interacciones, las incompatibilidades y las contraindicaciones.

Sujetos y métodos

El estudio se realizó en la Zona Básica de Salud (ZBS) Linares «C», que abarca a una población de 22.800 habitantes. Se trata de una población mixta (rural-urbana), de nivel socioeconómico medio. Se seleccionaron, mediante búsqueda oportunista, a 72 pacientes de 65 años o más pertenecientes a 7 cupos médicos de la mencionada zona básica integrados en la unidad clínica, estos médicos participaron de forma voluntaria y con un alto grado de motivación. Se pidió a cada médico la identificación de al menos 10 pacientes polimeditados, y la cumplimentación de una hoja de registro (Anexo 1) que resumiera los datos esenciales de la historia clínica

del paciente polimeditado seleccionado. El periodo del estudio fue de 6 meses (desde 1-1-2000 al 30-6-2000). Se entregó a cada profesional información detallada de la definición de polimeditado en ancianos^{3,17,18}: paciente de edad mayor o igual a 65 años, que toma 5 o más medicamentos durante un periodo mayor o igual a 6 meses. Se incluyeron entre los fármacos colirios, que aunque sean varios se contabilizaron como uno, parches transdérmicos, inhaladores, tanto aerosoles bucales como inhaladores nasales e insulina que contabilizó como un solo fármaco. No se incluyeron cremas, pomadas, ungüentos y lociones. Las asociaciones de varios principios activos en un solo medicamento se contabilizaron en el número de principios activos que incluía.

Tras revisar en la bibliografía diversos métodos para evaluar la adecuación del tratamiento, seleccionamos ocho criterios^{4,12,17,18} que se definieron así:

- 1- Diagnóstico y tratamiento. El criterio se cumple si figuran en la historia clínica los diagnósticos relacionados con los tratamientos prescritos (no se puede justificar prescripción sin diagnóstico).
- 2- Interacciones e incompatibilidades entre medicamentos con justificación clínica. Se valoraron mediante guía de Ivan H Stockley. Drug interaction. Fifth edition. Published by the Pharmaceutical Press 1999.
- 3- Interacciones e incompatibilidades entre medicamentos sin justificación clínica. Se valoraron mediante guía de Ivan H Stockley. Drug interaction. Fifth edition. Published by the Pharmaceutical Press 1999.
- 4- Interacciones medicamento enfermedad con justificación clínica. También se valoraron mediante guía de interacciones Ivan H Stockley. Drug interaction. Fifth edition. Published by the Pharmaceutical Press 1999.
- 5- Interacciones medicamento enfermedad sin justificación clínica. También se valoraron mediante guía de interacciones Ivan H Stockley. Drug interaction. Fifth edition. Published by the Pharmaceutical Press 1999.
- 6- Número de dosis incorrectas por paciente. Se identifican tras el estudio de la hoja de registro y su comparación con las características farmacodinámicas del medicamento en cuestión.
- 7- Número de fármacos de valor intrínseco no elevado (VINE) por paciente. Según registro y su comparación en el vademécum de la aplicación informática TASS (Diciembre 2000)
- 8- Número de redundancias medicamentosas por paciente. Se identifican aquellos medicamentos que están presentes en el tratamiento con distinto nombre pero con el mismo principio activo y la misma indicación. De los ocho criterios seleccionados, el primero era cumplimentado por cada profesional médico participante y los siete restantes por la comisión de evaluación que estaba compuesta por tres médicos de familia, un médico internista y una farmacéutica. Se diseñó una base de datos en Microsoft Access y se realizó un análisis descriptivo de los mismos.

Resultados

Se evaluaron un total de 72 pacientes polimeditados, de los cuales 32 (44,44 %) eran mujeres y 40 (55,55 %) hombres con una edad promedio de 74,4 años (EE 0.9). El índice de masa corporal fue mayor de 30 en 28 casos (39 %)(EE 0.057). Encontramos gran variabilidad en los problemas de salud: 83 enfermedades diferentes (según la clasificación CIE-9) de un total de 302, con una media de diagnósticos por paciente de 4,19. Las enfermedades más frecuentes asociadas a la polimedición, encontradas en nuestro estudio fueron: hipertensión arterial no complicada, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, cardiopatía isquémica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y de menor frecuencia la poliartritis, el glaucoma, la depresión y la hipertrofia benigna de próstata. (Tabla 2).

TABLA 2
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS CON LA POLIMEDICACIÓN

Enfermedad	Código CIE 9	Frecuencia
HTA no complicada	401	46 (64%)
Diabetes mellitus tipo 2	250	28 (39%)
Cardiopatía isquémica	413,414	23 (32 %)
Obesidad	278	20 (28 %)
Poliartrosis	715	8 (11 %)
Glaucoma	365	6 (8 %)
Alteraciones depresivas	311	6 (8 %)
Hipertrofia benigna próstata	600	6 (8 %)
Fibrilación auricular	427	5 (7 %)
Insuficiencia renal crónica	585	5 (7%)
Otras	-	-

HTA: Hipertensión Arterial

En la tabla 3 se reflejan los ocho criterios del estudio seleccionados: el número de pacientes con al menos un fármaco no indicado fue de 34 (47 %) (EE 0.058); el número de pacientes que presentaron interacciones medicamentosas justificadas fue de 43 (59%) (EE 0.057); número de pacientes que presentan interacciones medicamentosas no justificada fue 4 (5 %) (EE 0.025), número de pacientes que presentaron interacción medicamento-enfermedad justificada fue de 7 (9.7 %) (EE 0.034), número de pacientes que presentaron interacción medicamento-enfermedad no justificada fue de 8 (11.11 %) (EE

0.036), el número de pacientes con posología o con dosis-pauta incorrecta fue de 6 (8.3 %) (EE 0.032), el número de pacientes con al menos un VINE fue de 38 (52,7 %) (EE 0.058) y las redundancias de medicamentos innecesarios estuvieron presentes en 9 pacientes (12,5 %) (EE 0.038).

Los medicamentos más utilizados para los que no encontramos justificación en la hoja de problemas fueron los sedantes tipo benzodicepinas, analgésicos y laxantes.

Discusión

Es éste un estudio descriptivo que nos ayuda a conocer el grado de adecuación de la prescripción en nuestros pacientes ancianos polimedcados, detectando los principales aspectos donde una posible intervención nos podría ayudar a mejorarla, dicho de otro modo a evaluar la calidad de la prescripción farmacológica en esta población. Tanto para la definición

de paciente polimedcado, como para la evaluación de lo apropiado o inapropiado de cada medicamento prescrito nos hemos basado en la bibliografía⁴ y hemos utilizado una modificación abreviada y adecuada a nuestras necesidades y a nuestros recursos del MAI (Medication Appropriate Index)^{4,17} (Tabla 1), escala que categoriza cada medicación según 10 criterios, y que ha sido utilizada como instrumento de medición en diversos estudios^{4,12,17,18}. En nuestro caso no hemos utilizado los criterios que hacen referencia a ¿cómo han sido las instrucciones al paciente correctas o incorrectas y si son prácticas?, porque requería una entrevista

TABLA 3
RESULTADOS TEST DE MAI MODIFICADO

Criterio	Frecuencia absoluta (N)	Frecuencia relativa (%) (EE)
1. Pacientes con al menos un fármaco no indicado	34	47 (0.058)
2. Pacientes que presentan interacciones medicamentosas justificadas.	43	59 (0.057)
3. Pacientes que presentan interacciones medicamentosas NO justificadas.	4	5 (0.025)
4. Pacientes que presentan interacciones medicamento-enfermedad justificadas.	7	9,7 (0.034)
5. Pacientes que presentan interacciones medicamento-enfermedad NO justificadas.	8	11,1 (0.036)
6. Pacientes con dosis-pauta incorrecta.	6	8,3 (0.032)
7. Pacientes con al menos un VINE	38	52,7 (0.058)
8. ¿Número de redundancias innecesarias con otros medicamentos?	9	12,5 (0.038)

VINE: Fármaco de Valor Intrínseco No Elevado

TABLA 1
TEST MAI (MEDICATION APPROPRIATENESS INDEX)

MAI (Medication Appropriateness Index)
1. ¿Hay indicación para el medicamento?
2. ¿Es el medicamento eficaz para la condición?
3. ¿Es la dosis correcta?
4. ¿Son las instrucciones de uso correctas?
5. ¿Hay alguna interacción entre los medicamentos clínicamente significativa?
6. ¿Hay alguna interacción entre la medicación y la enfermedad?
7. ¿Son practicas las instrucciones?
8. ¿Es este medicamento la alternativa más barata en comparación con otros de la misma utilidad?
9. ¿Existe una redundancia innecesaria con otros medicamentos?
10. ¿Es aceptable la duración de la terapia?

ta en su domicilio o en el centro para averiguar estos apartados; y tampoco hemos utilizado el criterio que hace referencia a si el medicamento utilizado es la alternativa más barata existente en el mercado.

Partimos de una muestra no representativa de la población anciana de nuestra zona, por lo que en nuestro estudio se ha podido producir un sesgo de selección, al ser ésta hecha por cada médico mediante el método de búsqueda oportunista, durante su actividad diaria; lo que nos puede llevar también a pensar en un posible sesgo debido a la desigual práctica clínica de cada profesional.

La cumplimentación del primer criterio por parte de los propios profesionales prescriptores nos puede llevar a suponer un posible sesgo de información, que consideramos que no se ha producido o en tal caso habría sido mínimo, según refleja el hecho bastante llamativo de que se asocie la polifarmacia con el uso de medicamentos sin una indicación clara, como nos demuestra que el 47 % de los pacientes están consumiendo al menos un medicamento sin indicación. Aunque pensamos que este dato puede explicarse parcialmente, por un infraregistro en la historia clínica por parte del profesional, por lo que muchas de las recomendaciones a los médicos prescriptores deben ir en este sentido, mejora de la actualización de la hoja de problemas y diagnósticos en la historia clínica del paciente.

Los medicamentos más utilizados en los que no encontramos justificación son: sedantes tipo benzodicepinas, analgésicos y laxantes. Creemos junto con otros autores^{11,12,13,14,15} que este es un área de mejora con amplio margen, para reducir la polifarmacia y así reducir los riesgos que ella conlleva, sobre todo por lo que supone de riesgo esta medicación ansiolítica en la población anciana (mareos, caídas, fracturas, confusión, dependencia, pérdida de reflejos y habilidad, etc).

Las patologías más prevalentes asociadas a la polimedición fueron principalmente HTA, diabetes mellitus tipo

2, obesidad, cardiopatía isquémica, EPOC lo cual coincide con otros estudios^{1,7,12,16}, aunque no existe tal coincidencia en patología mental, donde cabría esperar una más alta prevalencia, existiendo una elevada prescripción de benzodiazepinas y por el contrario una escasa prescripción de fármacos antidepresivos.

En cuanto al número de interacciones predominan las justificadas, tanto medicamento-medicamento como las medicamento-enfermedad, ambas probablemente difíciles de reducir, y que básicamente requerirán una especial atención por su potencial riesgo^{9,11}. Un apartado claro de mejora son las redundancias de medicamentos innecesarios.

Esta tipología de pacientes requiere por parte de los profesionales de atención primaria un alto grado de control y una vigilancia estrecha, ya que pensamos que el uso de polifarmacia aumenta el riesgo para inducir una prescripción inadecuada⁴, siendo también en muchas ocasiones, su principal consecuencia. Creemos necesario la búsqueda y puesta en marcha de intervenciones correctoras para disminuir los riesgos de la polifarmacia, que se concretan en un aumento del número de enfermedades de un paciente así como el empeoramiento de las ya presentes. Medidas correctoras como conocer los pacientes polimedidos, revisiones periódicas de sus «bolsas de medicamentos», revisiones por compañeros o por consultores externos expertos.

Creemos que el estudio de la polifarmacia constituye un campo novedoso e importante, que precisa de nuevos trabajos para su evaluación, pudiendo así plantear intervenciones de mejora de la calidad, avanzando en el uso racional del medicamento, dada la importante repercusión que tiene tanto en la salud de nuestros pacientes como en la eficiencia de los recursos. Falta conocer la prevalencia de pacientes polimedidos en nuestro medio,

ampliar su caracterización, factores determinantes. El conocer a esta población nos permitirá extraer muestras aleatorias para poder extrapolar los resultados.

Agradecimientos

Agradecemos por su colaboración en la recogida de datos a D.ª Inmaculada Campos Pérez, D.ª Antonina Rodríguez Bayón, D. Alfonso Segovia Martínez, D. José Manuel Suarez Sánchez, D. Juan Ramón Toribio Onieva. Todos ellos médicos de la ZBS Linares «C». En especial a D. Juan Manuel Espinosa Sánchez y D. Jesús Torio Durantez por su ayuda inestimable en la redacción.

Bibliografía

1. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, y Pérez del Molino J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 185-227.
2. Herranz G. Polifarmacia en Geriatría. Implicaciones Éticas. Mesa Redonda de Medicamentos y Nutrición en Geriatría. Facultad de Farmacia de la Universidad de Navarra. Pamplona. URL: HREF="http://www.unav.es/bioetica/pprincipal.html". 24 junio 1988
3. Institute for Clinical Evaluative Sciences. The rule of five: Polypharmacy in the Elderly. The informed newsletter September 1998; 4,4.
4. Hanlon J T, Weinberger M, Samsa G P, Schmader K E, Uttech K M, Lewis I K et al. A Randomized, Controlled Trial of a Clinical Pharmacist Intervention to Improve Inappropriate Prescribing in Elderly out patients with Polypharmacy. Am J Med 1996; 100: 428-437.
5. Prieto A, Wilke A, Soldado C, Moliner C, y Gené J. Uso racional de fármacos en el anciano. Aten Primaria 1997; 19: 96-100.
6. López-Torres J, Cerdá R, Fernández C, Requena M, Fernández C y Otero A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. [Med Clin (Barc)] 1997; 108: 572-576.
7. Ausejo M, Saenz A y Iñesta A. Análisis de diagnósticos y prescripción de crónicos en un centro de salud. Aten Primaria 1997; 19: 35-40.
8. Vega S, López L, Bermejo F, De la Rosa L, De Bustos M, Sampedro M D et al. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. Aten Primaria. 1996; 17: 496-500.
9. Sáenz A, Ausejo M, Cruz E, González A, Pérez P y Rosado A. Interacciones medicamento-medicamento y asesoramiento farmacéutico. Aten Primaria 1996; 17: 559-563.
10. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten Primaria 1998; 22: 165-170.
11. Rodríguez C. El asesor de medicamentos en atención primaria [Editorial]. Aten Primaria 1998; 21: 261-263.
12. Pedro de Leis F. Usos y hábitos irracionales en la prescripción de medicamentos. Med Clínica 1991; 96: 357
13. Larrion J L, Martí C, Mareque M, Daimiel R, y Luengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos [Editorial]. [Med Clin (Barc)] 1993; 100: 736-740.
14. López-Torres J, López M A. ¿Qué hay que prevenir en el anciano? FMC 1997; 4: 359-367.
15. Veehof LFG, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. Family Practice 2000; 17: 261-267.
16. Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmader KE, Pulliman CC et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. Ann Pharmacother 1997; 31: 543-548.
17. Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, Weinberger M, Clipp EC, Uttech KM et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assesment of clinimetric properties including content validity. J Clin Epidemiol 1994; 47: 891-896.

ANEXO 1

APLICABLE A TODO PACIENTE POLIMEDICADO (> = 5 FARMACOS).

ZONA BASICA DE SALUD LINARES "C". Unidad Clínica

NOMBRE DEL MÉDICO:

Nº. H. C. / N.A.S.S. = ... / INICIALES PAC:

SEXO: H / M EDAD: PESO: ALTURA:

1. HOJA DE PROBLEMAS: (Evite en lo posible diagnósticos sindrómicos en favor de diagnósticos precisos)

2. TRATAMIENTO farmacológico INSTAURADO:

NOMBRE DEL FARMACO (comercial o DCI , presentación y mgs/dosis)	POSOLOGIA (ej. 1-0-1, 1/24h, 10 cc/12h....)	TIEMPO INDICADO	
		Fecha inicio	Fecha final
Ej. Higrotona 50 mgs.	1/ 24 h	2-2-2000	Indef.

INFORME, RECOMENDACIONES:

A) INTERACCIONES E INCOMPATIBILIDADES ENTRE MEDICAMENTOS :

B)INTERACCIONES CON JUSTIFICACION CLINICA:

A) CONTRAINDICACIONES:

INTERVENCIONES PROPUESTAS :

FIRMADO.:M.F. y C.,M.F. y C., FARMACEUTICA, MEDICINA INTERNA

ORIGINAL

Morbilidad en gestantes de edad avanzada

Varela Ruiz FJ¹, Torres Garrido M², Requena M²¹ Médico de familia. Residente de tercer año de medicina familiar y comunitaria del área sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla, ² Médicos de Familia.

Objetivo: Describir la patología más frecuentemente asociada al embarazo en mujeres mayores de 35 años y comparar los resultados con el grupo de embarazadas consideradas potencialmente sin riesgo.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo con grupo control.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Población y muestra: Revisión de todas las historias clínicas de embarazadas mayores de 35 años incluidas en el programa de embarazo durante el periodo 1993 a 1997 (N=67). Asimismo, seleccionamos mediante muestreo aleatorio simple un total de 85 historias de gestantes entre 18 y 35 años. Excluimos a las gestantes menores de 18 años, por considerarse grupo de riesgo.

Intervenciones: De las historias clínicas analizadas, obtuvimos, la edad, variables relacionadas con la adhesión al programa, patología detectada durante el embarazo y el parto, comparando dichos resultados.

Resultados: De los 364 embarazos registrados en dicho periodo, un 18,4% (N=67) eran mayores de 35 años, con edad media de 38 años (DE=2.21), una media de embarazos previos de 3.9 (DE=1.9), donde el 66% fueron no deseados (p<0,05). La entrada en el programa se produjo a las 10,9 semanas de media y 1 sólo abandono.

De la patología detectada durante el embarazo, encontramos significación estadística (p<0,05) en hipertensión arterial (14%), diabetes (14,9) y enfermedades psiquiátricas (6%) respecto al grupo control con un 2,3%, 1,1% y 0% respectivamente. Encontramos un 16,4% de abortos en mayores de 35 años respecto al 3,5% del grupo control (p<0,05). No encontramos anomalías cromosómicas.

Conclusiones: En gestantes mayores de 35 años, son más frecuentes la diabetes gestacional, hipertensión arterial durante el embarazo y enfermedades psiquiátricas menores, así como mayor número de abortos.

Palabras claves: Embarazos en mayores de 35 años, morbilidad, riesgos asociados.

MORBIDITY AMONG PREGNANT WOMEN OF ADVANCED AGE

Goal: To describe the pathologies most frequently associated with pregnancy in women over 35 years of age and compare the results with a group of pregnant women considered potentially not to be at risk.

Methodology: Descriptive retrospective study with a control group.

Setting: An urban health center.

Population and Sample: Review all the clinical histories of pregnant women over age 35 included in a pregnancy care program during the period 1993-1997 (n = 67). A total of 85 clinical histories for women between the ages of 18 and 35 were also selected by a simple random sample. Pregnant women under the age of 18 were excluded from the sample because they were considered to be a risk group.

Interventions: Following a review of the clinical histories, information was extracted on age, variables related to the women's incorporation into the program, and pathology detected during pregnancy and birth, those results were compared.

Results: 18.4% (N = 67) of the 364 pregnant women registered in the program during the period from 1993-1997 were over age 35, and their average age was 38 (DE = 2.21). The average number of previous pregnancies was 3.9 (DE = 1.9) and 66% of them were unwanted (p<0.05). The women entered the program at an average of 10.9 weeks into their pregnancy and only one of them abandoned the program.

Of the pathologies detected during the pregnancy, the following were found to be statistically significant (p<0.05): high blood pressure (14%), diabetes (14.9%) and mental illness (6%). In the control group the respective percentages were: 2.3%, 1.1% and 0%. We found that 16.4% of the women included in the over age 35 group aborted, compared to 3.5% of women in the control group (p<0.05). No chromosomal anomalies were found.

Conclusions: Among pregnant women over age 35, the most frequent pathologies were gestational diabetes, high blood pressure during pregnancy, and minor mental illness, along with a higher number of abortions.

Key words: Pregnancies in women over age 35, morbidity, related risks.

Correspondencia: Centro de Salud Candelaria. Avenida San Juan de la Cruz, s/n (Sevilla).

Teléfono: 954-634461

Recibido el 02-10-2001; aceptado para su publicación el 15-01-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 29-32

Introducción

Cada vez son más frecuentes los embarazos de mujeres mayores de 35 años, siendo dicho fenómeno imparable desde hace algunos años^{1,11}. La opción de tener un hijo puede retrasarse por diversas causas como son la incorporación de la mujer en los estudios, en el mundo laboral (planteándose la maternidad cuando se ha consolidado esta situación laboral), así como problemas de infertilidad en la pareja o de mala planificación familiar, incluso problemas de índole cultural y/o ético^{5,10,11}.

La mayoría de las publicaciones, definen como embarazo en una mujer añosa, a toda aquella gestante que supere los 35 años de edad, considerándose embarazo de riesgo^{1,3,4}. Hay trabajos que relacionan el embarazo en mujeres mayores de 35 años con problemas específicos durante el embarazo como diabetes, hipertensión arterial, placenta previa, abruptio placenta, abortos, parto prematuro^{1,2,3}; durante el parto como aumento de cesáreas, más mortalidad fetal^{2,3,4}; así como el mayor riesgo de malformaciones cromosómicas asociadas a la edad materna^{1,2}.

Son muchos los Centros de Salud, donde está implantado el Programa de Embarazo, así como programas de Educación Maternal, con buenos resultados y alto índice de satisfacción por parte de las gestantes^{6,12,13,14}. De ahí la importancia de conocer las características y los principales problemas asociados a los embarazos en mujeres mayores de 35 años para su mejor control y abordaje.

Por estos motivos, nos hemos planteado un estudio, cuyos objetivos son por una parte describir la patología más frecuentemente relacionada con la gestación y el parto de las embarazadas mayores de 35 años y comparar dichos resultados con los del grupo de gestantes en edades consideradas potencialmente sin riesgo, para establecer claramente sus diferencias y el adecuado manejo de cada caso y por otra parte, describir características generales relacionadas con la implantación del programa de embarazo.

Sujetos y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con grupo control, basado en las historias clínicas registradas en el Programa de Embarazo del Centro de Salud Candelaria, que corresponde a un centro urbano, ubicado en un barrio periférico de Sevilla, que atiende a una población aproximada de unos 25000 habitantes, de los cuales 4859 son mujeres consideradas en edad fértil (15-49 años).

Durante el periodo 1993 a 1997, inclusive, hemos revisado todas las historias clínicas de embarazos mayores de 35 años incluidos en el Programa de Embarazo de nuestro Centro de Salud, estando dicho programa en funcionamiento desde el año 1993.

Asimismo, seleccionamos, mediante muestreo aleatorio simple un total de 85 embarazos de menos de 35 y más de 18 años, con el fin de poder compararlos con el grupo de gestantes añosas.

Excluimos a las gestantes menores de 18 años por sus connotaciones especiales, consideradas como grupo de riesgo.

En ambos grupos, hemos considerado las siguientes variables de estudio: edad, número de embarazos previos, semana de entrada en el programa, embarazo deseado, abandono del programa, infecciones urinarias, anemias, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades psiquiátricas, abortos, semana de parto, cesárea, peso del recién nacido, lactancia materna, entrada posterior al parto en programa del niño sano. Consideramos la patología detectada durante el embarazo, según los criterios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Por otra parte, es importante reseñar, que a toda gestante mayor de 35 años, se le da la opción de acudir a las consultas de "diagnóstico precoz" en el Hospital de referencia, para la detección de posibles anomalías cromosómicas, previa información de los posibles riesgos que conlleva una gestación a edades avanzadas de la vida.

Para la comparación de variables cuantitativas, se ha recurrido a la prueba t de Student y para la comparación de variables cualitativas hemos realizado la "Chi Cuadrado".

Resultados

El Programa de Embarazo de nuestro Centro de Salud, atendió durante los años 1993 al 1997, ambos inclusive, un total de 364 embarazos, de los cuales el 18,4% (N=67) eran de una edad superior a los 35 años, con una media de edad de 38 años (DE=2,21; Rango=36-45años), con una media de embarazos previos de 3,9 (DE= 1,9) y donde el 66% de los embarazos de este grupo de gestantes fueron no deseados ($p < 0.05$). La entrada en el programa se produjo a las 10,9 semanas de media (DE=4,2), existiendo sólo 1 abandono del programa (representando el 1,4%).

El parto se produjo en la semana 39 de media (DE=1,8), con un peso del recién nacido de 3,21 kg de media (DE=0,5), siendo el tipo de parto eutócico en el 67,9% de los casos y en el 13,4% el parto fue por cesárea. En ningún caso se ha detectado anomalías cromosómicas. Por otra parte, iniciaron la lactancia materna el 56,7% de las gestantes, acudiendo al programa del niño sano el 74% de las mismas.

El grupo control lo forman gestantes mayores de 18 y menores de 35 años (N=85) con una edad media de 23,8 años (DE=3,9).

En las tablas 1 y 2 podemos observar las diferencias encontradas entre ambos grupos, así como la significación estadística.

Dentro de la patología detectada durante el embarazo, hemos encontrado significación estadística ($p < 0.05$) en hipertensión arterial con un 14%, diabetes con 14,9% y enfermedades psiquiátricas (patología menor, que no precisaron derivación a especialista ni medicación) con un 6% en el grupo de más de 35 años, respecto al grupo control que presentan un 2,3%, 1,1% y 0% respectivamente (ver tabla 2). El porcentaje de abortos es del 16,4% ($p < 0.05$) en las mayores de 35 años respecto al 3,5% del grupo control.

También encontramos significación estadística en la lactancia materna, siendo el porcentaje mayor en el grupo control (70,5%) que en el de estudio (56,7%). En el resto de variables estudiadas no encontramos significación estadística.

Discusión

Como ocurre en otros países, cada vez son más las mujeres que deciden tener un hijo, a edades más tardías de la vida ^{1,3,11}. En nuestro estudio hemos revisado a 67 gestantes mayores de 35 años, que corresponde al 18,4% del total de embarazadas controladas en el programa de embarazo de nuestro centro de salud, obteniendo una media de edad de 38 años (DE=2,21).

Consideramos que en nuestra zona básica de salud, el programa de embarazo está bien implantado en la población general ^{6,12}, teniendo en cuenta la captación precoz, que es aproximadamente en la semana 11 de media, teniendo un escaso porcentaje de abandonos siendo del 1,49% en las mayores de 35 años y del 8,2% en el grupo control, así como su posterior recaptación y seguimiento en el programa del niño sano (74 y 78,8% respectivamente).

Nos llama la atención de nuestro estudio y no haber encontrado datos en la literatura revisada, el elevado número de embarazos anteriores (media de 3,9 DE=1.9) y el alto número de embarazos no deseados en las gestantes mayores de 35 años, a pesar de ser la mayoría aceptados, que pudiera orientarnos a posibles "fallos" de planificación familiar a partir de esa edad ¹¹.

Respecto a la patología detectada durante el embarazo, coincidimos con otros trabajos al remarcar la mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades psiquiátricas y de abortos en los embarazos de edad avanzada ^{7,8,9,15,19,20}. En contraste, en ninguno de los recién nacidos se detectaron anomalías cromosómicas, a

pesar del riesgo reconocido por todos que existe en relación con el incremento de la edad materna ^{7,8}.

Por otra parte, no encontramos diferencias significativas en la mayor prevalencia de otras enfermedades detectadas en el embarazo en relación con la edad materna.

También observamos, como en otros estudios, mayor número de cesáreas realizadas en las gestantes añosas ^{3,4}. Sin embargo no hemos encontrado diferencias respecto al peso de recién nacido, a la semana del parto ó a un mayor número de mortalidad materna ó fetal, en contraste con lo publicado por otros autores que también lo relacionan con la gestación en edades avanzadas ^{1,2,3,8,9,19,20}.

Dentro de las limitaciones de nuestro trabajo pensamos que sería importante el aumentar la muestra del estudio, así como el incluir más variables de interés como serían hábitos tóxicos, antecedentes médicos-obstétricos personales y familiares, incluso estudiar la función familiar.

Supone una limitación del trabajo, el no haber tenido en cuenta la variable paridad al hora de realizar el análisis de los resultados, debido a que en la mayoría de la bibliografía consultada, además de tener en cuenta la edad materna en el parto, se estratifica también por la paridad, siendo la incidencia de malos resultados obstétricos significativamente más alta cuando el primer hijo se tiene con más de 35 años, que cuando se trata del 2.º, 3.º hijo ^{1,2,3,8,9,16,17,18}.

Por último, concluimos que es más frecuente la diabetes gestacional, la hipertensión arterial detectada en el embarazo, las enfermedades psiquiátricas en las gestantes de más de 35 años, así como el mayor número de abortos. También podríamos inferir posibles problemas de planificación familiar a dichas edades por lo expuesto al inicio de la discusión. Por otra parte, tenemos que hacer más hincapié y fomentar la importancia y beneficios de la lactancia materna, sobre todo a las gestantes de edad avanzada.

TABLA 1
VARIABLES CUANTITATIVAS, EN RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL EMBARAZO.

	18-35 AÑOS (N=85) MEDIA (DE)	>35 AÑOS (N=67) MEDIA (DE)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (P<0.05)
EDAD (años)	23.8 (3.9)	38 (2.21)	NO
N.º embarazos previos	1.50 (0.82)	3.9 (1.9)	NO
Entrada programa (semana)	11.8 (4.8)	10.9 (4.2)	NO
Semana de parto	39.40 (4.6)	39 (1.8)	NO
Peso recién nacido (kg)	3.09 (0.6)	3.21 (0.52)	NO

TABLA 2
MORBILIDAD
(Patología estudiada durante el embarazo y el parto)

	18-35AÑOS(N=85) %	>35AÑOS(N=67) %	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (P<0.05)
EMBARAZO DESEADO	58.8	32.8	SÍ
ABANDONO PROGRAMA	8.2	1.49	NO
ITU	20	16.41	NO
ANEMIAS	12.9	28.35	NO
HTA GESTACIONAL	2.3	14	SÍ
DIABETES GESTACIONAL	1.1	14.9	SÍ
ENF. PSIQUIÁTRICA	0	6	SÍ
ABORTOS	3.5	16.4	SÍ
CESÁREAS	8.2	13.4	NO
LACTANCIA MATERNA	70.5	56.7	NO
PROGRAMA NIÑO SANO	78.8	74	NO

Bibliografía

- Berkowitz GS, Skrovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N Engl J Med 1990; 322: 659-664.
- Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW, Isotalo L. Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. JAMA 1992; 268: 886-890.
- Fretts RC, Schmittiel J, Mclean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. N Engl J Med 1995; 333: 953-957.
- Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol 1993; 81: 200-205.
- Zeitlin J, Combi E, De Caunes F, Papiernik E. Socio-demographic risk factors for perinatal mortality. Acta Obstet Gynecol Scand 1998; 77:826-835.
- Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria 1999;24: 66-74.
- Van Katwijk C, Peeters LL. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. Hum Reprod Update 1998; 4: 185-194.
- Dildy GA, Jackson GM, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clark SL. Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 668-674.
- Chiechi LM, Fanelli M, Lobascio A, Serio G, Loizzi P. Pregnancy in women over 35 years of age. What risk? Minerva Gynecol 1996; 48: 391-396.
- Zuliani G, Rognoni MT, Bocciolone L, Conserva P, D'Alberton A, Candiani GB. Pregnancy in "older" women: Biologic limit or social prejudice? Ann Ostet Gincol Med Perinat 1991; 112: 337-358.
- Salvador J, Cunillé M, Llanodosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. Gac Sanit 2001; 15: 230-236.
- Bailón Muñoz E. Seguimiento del embarazo en atención primaria. Semergen 2000; 26: 537-549.
- Rufo A, Fernández JC Guía para la educación maternal en atención primaria. Sevilla: Junta de Andalucía, 1995.
- Pérez F, Criado F Educación maternal. En: Gallo M, González LA, eds. Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología. Málaga, 1995.
- Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risk associated with pregnancy in women aged 35 years older. Hum Reprod 2000; 15: 2433-7.
- Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2001; 265:30-3.
- Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparus women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995; 85: 65-70.
- Edge V, Laros RK Jr. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1881-4.
- Vercellini p, Zuliani G, Rognoni MT, Trespidi L, Oldani S, Cardinale A. Pregnancy at forty and over: a case-control study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48: 191-5.
- Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A. Pregnancy after 40 years of age. Obstet Gynecol 1986; 68: 452-4.

ORIGINAL

Proteína C reactiva en el diagnóstico de la arteriopatía periférica

Moreno Jiménez MA¹, Vico Ramírez F¹, Mateos Salido MJ², Herrera Selena P³, Zerolo Andrey J⁴

¹ Centro de Salud Mancha Real (Distrito Sanitario de Jaén). Mancha Real (Jaén), ² Hospital General Universitario de Especialidad «Ciudad de Jaén» (Jaén), ³ Consultorio de Valdepeñas de Jaén, ⁴ Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

Objetivo: Conocer la utilidad de la determinación de la proteína C reactiva (PCR) en el diagnóstico de la arteriopatía periférica y la prevalencia de misma.

Diseño: Estudio caso-control.

Emplazamiento: Centro de Salud semiurbano.

Sujetos y métodos: 84 sujetos con riesgo vascular alto seleccionados mediante muestreo consecutivo no probabilístico.

Intervenciones: Determinación del índice brazo-tobillo mediante doppler vascular portátil y concentración de PCR (logpcr) mediante inmunturbidimetría (rango 0-6 mg/dl)

Resultados: La edad media fue 70,1 años (EE 6,6) siendo hombres el 78,6%. El 66,7% estaban en prevención primaria con un riesgo vascular medio de 26.6% (DE: 9,5). El índice brazo-tobillo fue <0,90 en 14 casos (16,7%). No se hallaron diferencias clínicas o estadísticamente significativas en edad, sexo, presencia de antecedentes familiares de riesgo vascular, hipertensión, diabetes, tabaquismo, índice de masa corporal, riesgo vascular, tratamientos con antiagregantes o estatinas, cifras tensionales y perfil lipídico. La PCR en los sujetos con arteriopatía (9,3 mg/dl, EE 1,9 mg/dl), fue superior al grupo sin arteriopatía (4,4 mg/dl, EE 2,2 mg/dl) ($p<0,01$) siendo la asociación entre el índice brazo-tobillo y logpcr significativa $r=0,43$ ($p<0,001$). La razón de probabilidad positiva (LR+) para PCR>15 mg/dl fue 5.0 la razón de probabilidad negativa (LR-) para PCR<4,5 mg/dl fue 0,1. En diabéticos la asociación fue superior, $r=0,49$ ($p<0,01$) con una LR+ para PCR>15 mg/dl de 5,4 y LR- para PCR<4,5 <0,001.

Conclusiones: La determinación de la PCR puede ser útil en sujetos con riesgo vascular alto y especialmente en diabéticos, para el diagnóstico de arteriopatía periférica.

Palabras clave: Proteína C reactiva, enfermedad vascular periférica, factores de riesgo, estudios casos controles.

C-REACTIVE PROTEIN IN THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL ARTERIOPATHY

Goal: To consider the utility of determining C-reactive protein for diagnosis of peripheral vascular disease and its prevalence.

Methodology: Case control study

Setting: Semi-urban health center

Population and Sample: 84 subjects with high vascular risk selected in a consecutive, non-probabilistic sample.

Interventions: To determine the forearm-ankle index with a portable vascular Doppler and concentration of C-reactive protein (logC-rp) through immunoturbidimetry (range 0-6 mg/dl).

Results: Average age of subjects was 70.1 years (EE 6.6); 78.6% were men. 66.7% were in primary prevention with an average vascular risk of 26.6% (SD: 9.5). The forearm-ankle index was <0.90 in 14 cases (16.7%). No significant clinical or statistical differences were found in age, gender, previous family history of cardiovascular risk, hypertension, diabetes, smoking habit, body mass index, cardiovascular risk, treatment with anticoagulants? or statins, blood pressure figures, and lipid profile. The C-rp in subjects with arteriopathy (9.3 mg/dl, EE 1.9 mg/dl), was higher than in the group without arteriopathy (4.4 mg/dl, EE 2.2 mg/dl) ($p<0.01$) with a significant association between the forearm-ankle index and logC-rp $r=0.43$ ($p<0.001$). The positive likelihood ratio (LR+) for C-rp>15 mg/dl was 5.0; the negative likelihood ratio (LR-) for C-rp<4.5 mg/dl was 0.1. The association was higher among diabetics, $r=0,49$ ($p<0,01$) with a LR+ for C-rp >15 mg/dl of 5.4 and LR- for C-rp<4.5 <0,001.

Conclusions: Determination of the C-rp to diagnose peripheral vascular disease can be useful in subjects with high vascular risk and especially useful among diabetics.

Key Words: C-reactive protein, peripheral vascular disease, risk factors, case-control studies.

Correspondencia: Centro de Salud Mancha Real. C/ Islas Canarias s/n. 23540 Mancha Real (Jaén). Correo electrónico: med015108@saludalia.es

Teléfono y fax: 953 351 200

Recibido el 05-11-2001; aceptado para su publicación el 15-01-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 33-39

Introducción

La arteriopatía periférica, definida por la presencia de un índice brazo tobillo igual o menor de 0.9 conlleva un pronóstico desfavorable tanto si es sintomática como asintomática, siendo predictor de eventos cardiovasculares y mayor mortalidad^{1,3} suponiendo un cambio en la estratificación del riesgo vascular en sujetos sanos equivalente al diagnóstico de ictus, cardiopatía isquémica, estenosis carotídea o aneurisma aórtico⁴.

La probabilidad diagnóstica del examen físico puede no ser suficiente en el ámbito de la atención primaria. En personas con probabilidad pretest alta (15%) la probabilidad postest tras hallar un pulso pedio anormal, soplo femoral, relleno venoso prolongado o frialdad unilateral de un miembro tras la aplicación del nomograma de Fagan⁵ puede oscilar del 30 al 95% según se den una o todas las condiciones anteriores y del 15 al 80% si la probabilidad pretest es baja (5%)⁶. Toda prueba diagnóstica que incrementa la probabilidad diagnóstica puede suponer una ayuda inestimable en casos en que la probabilidad pretest sea baja y se den sólo alguna de las condiciones anteriores.

La ausencia de ensayos clínicos que demuestren una disminución de la morbimortalidad cardiovascular con la determinación de índice brazo tobillo no ha permitido implementar el doppler vascular portátil como herramienta diagnóstica en la práctica clínica diaria⁷.

La posibilidad de que la arteriosclerosis esté asociada a algún proceso inflamatorio no relacionado con infecciones crónicas⁸ ha dado lugar a que la proteína C reactiva se haya mostrado, tanto en sujetos sanos como con cardiopatía isquémica conocida, como predictor independiente de mayor morbimortalidad cardiovascular^{9,12}, así como predictor del desarrollo de arteriopatía periférica¹³ pudiendo ser junto al índice colesterol total/HDL-col el predictor independiente más importante en el desarrollo de la misma¹⁴.

El objetivo principal de este estudio es conocer la utilidad diagnóstica de la proteína C reactiva en el diagnóstico de la arteriopatía periférica cuando se halle ya presente y estudiar su relación con la severidad de la misma.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio caso-control en el ámbito de atención primaria estudiando una muestra de 84 sujetos, de un total de 158 identificados (7% de la población general) con riesgo vascular permanente elevado y superior al 20%, pertenecientes a dos cupos de medicina general de un área semiurbana.

El tamaño muestral se consideró para una prevalencia esperada de arteriopatía del 20% y un peor resultado posible de $\pm 5\%$ con un nivel de confianza del 95%. Los participantes se reclutaron mediante un muestreo consecutivo no probabilístico durante la asistencia a demanda de

cada una de las consultas, siendo aparentemente sanos, con motivo del seguimiento de sus factores de riesgo vascular. No se controlaron de otro modo posibles factores de confusión de elevación de proteína C reactiva.

El riesgo vascular se determinó mediante la aplicación de la tabla de Framingham¹⁵. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: hombres fumadores mayores de 70 años, diabéticos mayores de 65 años, diabéticos y fumadores mayores de 60 años, o diabéticos o fumadores con antecedentes familiares de riesgo cardiovascular mayores de 55 años. Se incluyen también hombres y mujeres hipertensos o diabéticos con creatinina mayor de 1.2 mg/dl o con microalbuminuria o hipertrofia ventricular izquierda y sujetos en prevención secundaria por ictus, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica conocida, aneurisma de aorta o demencia vascular o mixta. Se consideró fumador de riesgo al fumador actual, independientemente de la cantidad, o exfumador de menos de 5 años de abandono.

Se solicitó perfil lipídico, creatinina, glucemia, hemoglobina glicosilada y proteína C reactiva, e indagación sistemática de la presencia de antecedentes familiares de riesgo cardiovascular hereditario (antecedentes positivos en varones menores de 55 años o mujeres menores de 65) y tabaquismo actual o pasado. Se permitió el tratamiento a discreción según criterio médico con estatinas y antiagregación/anticoagulación primaria o secundaria. De forma retrospectiva se valoró el control de la tensión arterial, el índice de masa corporal, electrocardiograma, microalbuminuria, y presencia de tratamiento antiagregante, e hipolipemiante.

Se les midió de forma ciega el índice brazo tobillo por dos médicos residentes entrenados, determinado mediante el cociente de la tensión arterial máxima de la pedia o tibial posterior de ambos miembros inferiores entre la tensión arterial máxima de miembros superiores. Se utilizó un doppler portátil MINI DOP ES-100VS de Madeco. En caso de índices superiores a 1,25 sugerentes de calcificación arterial se utilizó la presión inmediatamente inferior excluyéndose en caso de persistir elevado. De igual manera se les determinó la proteína C reactiva mediante inmunoturbidimetría: aglutinación en látex y cuantificación mediante incremento de absorbancia a 570 nm (quantex CRP 3000-2209 de BLOKIT). Rango normal 0-6 mg/dl.

Se definió arteriopatía periférica por la presencia de índices brazo tobillo menor o igual a 0.90.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 6.1. Se realizó test de Kolmogorov Smirnov para comprobar el ajuste a la distribución normal. La proteína C reactiva se transformó en el log pcr para su conversión en variable ajustada a dicha distribución. Se hicieron comparaciones mediante las pruebas de T student y Chi cuadrado con la corrección de Fisher cuando hubo lugar, y el test de correlación de Pearson para medir asociación. Los cálculos razón de probabilidad y de probabilidad postest se realizaron según las directrices sobre valoración de evidencias de pruebas diagnósticas citadas por Sackett¹⁶.

Resultados

Se incluyeron 84 sujetos, 66 hombres con una edad media de 70 años (DE: 6,2) y 17 mujeres con una edad media de 70,6 años (DE: 8,1). El 42,9% correspondía a los criterios de inclusión 1 a 3, el 33,3% estaban en prevención secundaria y el 21,4% a diabéticos o hipertensos con afectación orgánica según queda reflejada en la tabla 1.

Las características de los sujetos según la distribución de factores de riesgo y grado de control de los mismos, así como la prevalencia de dichos factores en la población general original, queda reflejada en la tabla 2. El 13,6%

tenían antecedentes familiares positivos de riesgo cardiovascular heredable. El riesgo vascular medio a 10 años en los sujetos en prevención primaria fue del 26.6% (DE: 9,5) siendo varones el 87.5% de los mismos.

El índice b/t fue inferior o igual a 0.90 en el 16.7%.(14/84). No se encontraron diferencias entre los sujetos con o sin arteriopatía (tablas 3 y 4). Solo el 8,9% de los sujetos en prevención primaria presentaron arteriopatía periférica, mientras que en sujetos en prevención secundaria la probabilidad fue 3 veces mayor (32.1%) ($p<0,01$). No hubo diferencias así

mismo en cuanto a un mayor consumo de antiagregantes o estatinas entre los sujetos con o sin arteriopatía.

La proteína C reactiva media en sujetos sin arteriopatía fue 4.4 mg/dl (DE 2,2 mg/dl), mientras que en los sujetos con arteriopatía fue de 9.3 mg/dl, (DE: 1.9 mg/dl) siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p<0.01$). Se observó así mismo una asociación entre la severidad de la arteriopatía y la elevación de la proteína C reactiva estadísticamente significativa siendo la correlación $r=0.43$ ($p<0.001$) (figura 1).

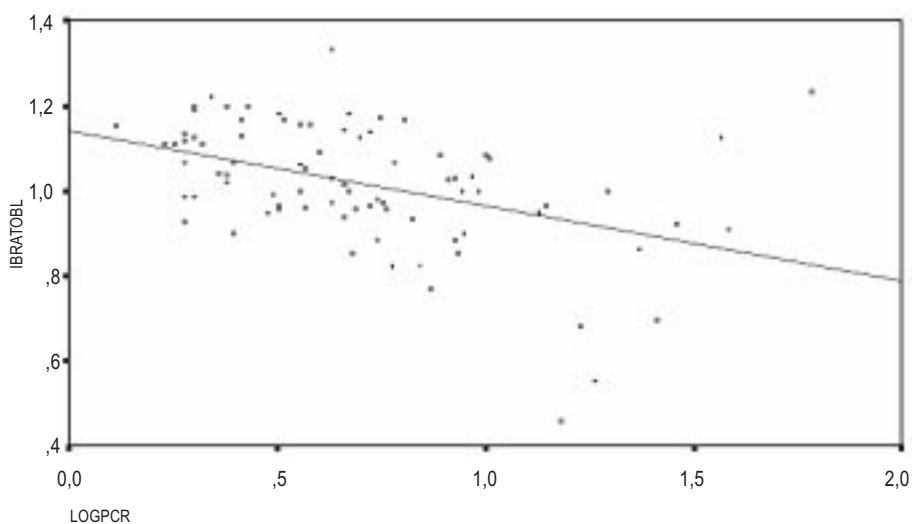


Figura 1. Gráfico de dispersión con línea de predicción media ajustada

La probabilidad de presentar una PCR elevada en presencia de arteriopatía fue significativa para diferentes valores de PCR analizados siendo las odds ratios (OR) significativas, y sus intervalos de confianza tanto mayores, cuanto menor valor de PCR. En base a ellas se calcularon las razones de probabilidad positiva y negativas para cada valor (tabla 5). Solamente en caso de utilizar los valores de PCR superiores a 9 mg/dl no se alcanzó la significación estadística para concluir ciertos, los resultados de sensibilidad, especificidad, razón de probabilidad positiva o negativa y la probabilidad posttest (OR:3,0 IC: 0,8-10,6) ($p=0,12$).

En los diabéticos, la proteína c reactiva en sujetos sin arteriopatía fue 5.0 mg/dl (DE 2,5 mg/dl) mientras que en aquellos con arteriopatía fue de 12,2 mg/dl (DE 2,0

($p<0,05$). No se presentó ningún caso de arteriopatía con valores inferiores a 4,5 mg/dl (razón de probabilidad negativa $<0,001$) (test exacto de Fisher $p=0,05$). Para valores superiores a 15 mg/dl la razón de probabilidad positiva fue 5,4 ($p<0,05$) con una probabilidad posttest del 39,7%, no siendo significativos estadísticamente las odds ratio y por tanto las razones calculadas para valores intermedios (tabla 5). La asociación entre PCR y índice brazo tobillo fue aun mayor $r=0,49$ ($p<0.01$) (figura 2).

En sujetos sanos en prevención primaria, tampoco se dio ningún caso con valores inferiores a 4,5 y solo fue significativa la asociación de arteriopatía para valores de PCR mayores de 6 mg/dl con un valor predictivo positivo escaso (probabilidad posttest 22,2%). (tabla 5) y una asociación aún más débil $r=0.26$ ($p<0.05$).

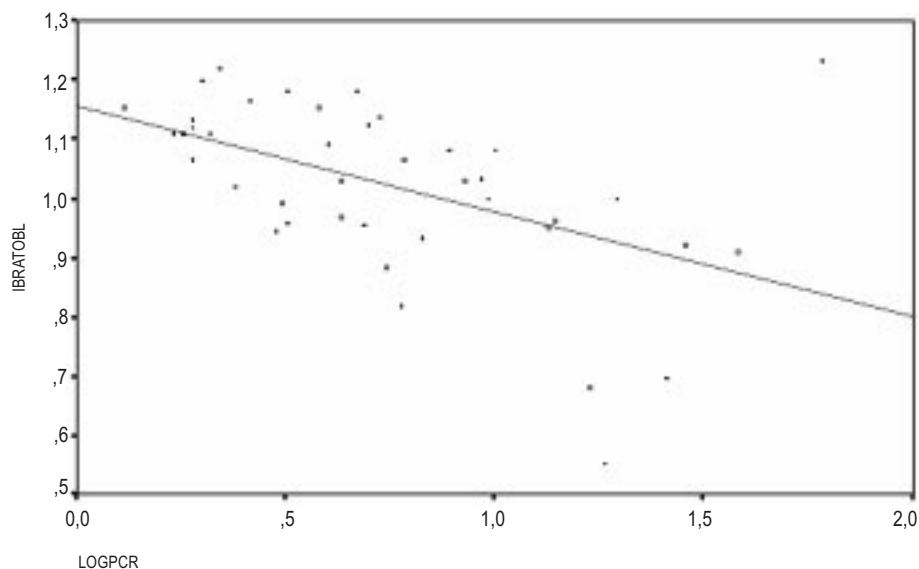


Figura 2. Gráfico de dispersión en diabéticos con línea de predicción

Discusión

El diagnóstico clínico de arteriopatía periférica en ausencia de doppler vascular portátil en la práctica habitual puede ser predicho por la presencia de pulso pedio anormal, soplo femoral arterial, relleno venoso prolongado y frialdad unilateral con unas razones de probabilidad que oscilan desde el 3.0 a 5.8, siendo el pulso pedio si se halla presente, el dato que con más probabilidad permite excluir la arteriopatía periférica (razón de probabilidad negativa 0.1 a 0.4)⁶. Ello puede suponer, que en la práctica, cuando se presentan los hallazgos anteriores aislados o en combinación, la probabilidad diagnóstica final tras aplicar el nomograma de Fagan⁵ pueda no ser lo suficientemente alta como para poder diagnosticarla, sobre todo en casos de prevalencias esperadas bajas como son las poblaciones de bajo riesgo cardiovascular.

Nuestros hallazgos podrían otorgar a la proteína C reactiva un valor diagnóstico similar o mayor que la presencia de pulso pedio para descartar la arteriopatía periférica, tal que en ausencia del mismo y con relleno venoso prolongado, en poblaciones no seleccionadas (prevalencia 5%) y aplicando el citado nomograma, la probabilidad final bajaría del 32% al 12% (para valores inferiores a 6 mg/dl) y del 32% a menos del 5% (permitiría descartarla) para valores inferiores al tercer cuartil. De igual modo, ayuda a confirmar su diagnóstico, de tal modo que en ausencia de pulso pedio arterial palpable y con relleno venoso prolongado, la probabilidad final de presentar la arteriopatía periférica se eleve desde el 32% hasta el 55% cuando es superior a 12 mg/dl y al 70% cuando es superior a 15 mg/dl.

Las razones de probabilidad obtenidas, en definitiva tienen un impacto diagnóstico intermedio para confirmar; pudiendo ser algo mayor su utilidad para descartar la presencia de arteriopatía con valores normales o inferiores al tercer cuartil, por lo que por sí misma la proteína C reactiva parece tener un valor limitado, pero que duda cabe, puede ser un elemento diagnóstico más, que añadido a los referidos puede facilitar el juicio final.

Hasta ahora los datos publicados apuntaban una relación continua y progresiva de la proteína C reactiva como predictor futuro de mayor morbimortalidad cardiovascular con valores superiores al tercer cuartil. En nuestro trabajo dicha relación se halla presente y puede tener utilidad diagnóstica cuando la arteriopatía ya está establecida, siendo las cifras de proteína C reactiva tanto más altas cuanto mayor sea la severidad de la arteriopatía periférica.

Nuestros resultados no han sido concluyentes para valores superiores a 9 mg/dl. Aún habiéndose realizado sobre población aparentemente sana y debido probablemente al tamaño muestral insuficiente probablemente existan variables de confusión que provoquen más frecuentemente elevaciones leves, de la proteína C reactiva, siendo más definitivos los resultados para valores de PCR superiores a 12 mg/dl. Para valores inferiores son necesarios estudios muestrales más amplios que definan de modo más firme, no ya razones de probabilidad positivas más exactas, probablemente de utilidad diagnóstica final intermedia, sino las razones negativas ciertas que permitan asegurar, según los hallazgos de este estudio si fuesen válidos, que valores inferiores a lo normal permiten descartar con certeza casi absoluta la enfermedad.

La posibilidad de que el riesgo ajustado a factores de confusión (fibrinógeno...) restara validez independiente a la proteína C reactiva, la falta de estudios prospectivos en población sana, así como la ausencia de evidencia directas del papel etiopatogénico de la inflamación y la proteína C reactiva en la arteriosclerosis hacen que la determinación de la proteína C reactiva aun no tenga utilidad clínica como factor de riesgo no siendo recomendada aún su determinación en la predicción del riesgo vascular¹⁰.

Una limitación a nuestro estudio es su diseño sobre una población seleccionadas de alto riesgo y la posibilidad de extrapolar sus conclusiones a poblaciones de riesgo menor, así como el método de selección mediante muestreo no probabilístico. En nuestros hallazgos las diferencias de riesgo no tuvieron valor predictivo de arteriopatía periférica en sujetos en prevención primaria cuando se consideraron los riesgos según la tabla de Framingham. Futuras investigaciones deben definir el papel que la proteína C reactiva probablemente tenga.

No se incluyeron diabéticos dislipémicos como tal criterio de inclusión, y a pesar de que al menos el 70,7% de los diabéticos presentaban actualmente un colesterol total mayor de 200 mg/dl (n=29) en conjunto suponen una cifra insuficiente que no representa de modo conveniente (asumiendo unas cifras de dislipemia de hasta el 50% en diabéticos) el colectivo esperado. Sin embargo, excepto para valores intermedios de PCR, en los que los resultados no fueron significativos (debido probablemente al tamaño muestral insuficiente), en los diabéticos parece ser mayor la relación entre arteriopatía periférica y PCR (r=0,49) siendo la relación de la PCR con los valores extremos más significativa, de modo que valores inferiores al tercer cuartil permitirían descartar la arteriopatía periférica (razón de probabilidad negativa <0,001) y con valores superiores a 12 mg/dl la LR + sería de 5,4. Este hecho puede tener sin duda gran trascendencia en el ámbito de la atención primaria en el seguimiento de los diabéticos, limitando su aplicación la necesidad de estudios de confirmación con tamaños muestrales más amplios y las salvedades referidas arriba a propósito de la recomendaciones de su uso en la predicción del riesgo vascular.

No se realizó análisis de concordancia dadas las limitaciones que suponían la escasez de recursos humanos, la baja prevalencia esperada con lo que supondría una tendencia hacia una menor fiabilidad, y una base metodológica del diseño correcta, llevado a cabo como determinaciones de índice brazo-tobillo de modo ciego por los investigadores y referidas a una prueba patrón aceptada.

La literatura revisada sólo aporta datos de prevalencia de arteriopatía periférica en población general y grupos de riesgo específicos como ancianos, diabéticos, hiperten-

sión y cardiopatía isquémica pero poco se conoce en cuanto a la misma cuando se considera en el conjunto de la población en riesgo vascular alto y en nuestro medio, esto es, sujetos con factores de riesgo en prevención primaria con riesgo mayor del 20%, sujetos en prevención secundaria por enfermedad cerebrovascular (ACVA) o cardiopatía isquémica (CI), así como los diabéticos, o aquellos con hipertrofia ventricular izquierda, cifras de creatinina superiores a 1.2 mg/dl o microalbuminuria confirmada. La prevalencia observada apunta la posibilidad de que la prevalencia real en nuestro medio pueda ser menor.

El diagnóstico de arteriopatía periférica supuso en nuestra serie la posibilidad de descubrir un 8,9% de sujetos mal clasificados que debían estar en prevención secundaria. En estos, la probabilidad posttest de la proteína C reactiva no ha sido lo suficientemente elevada como para poder seguir prescindiendo del doppler vascular, o el uso juicioso y limitado de la proteína C reactiva combinado con los hallazgos físicos.

En base a nuestra experiencia la utilización de la proteína C reactiva puede ser útil no ya como el factor predictivo de riesgo vascular que puede llegar a ser sino como medio diagnóstico en población de riesgo vascular elevado (sobre todo diabéticos) convirtiéndose en un elemento más que unido a los hallazgos físicos permite confirmar y sobre todo descartar especialmente en diabéticos, la presencia de arteriopatía periférica.

Agradecimientos

A los laboratorios ROCHE por el soporte material al proporcionarnos el doppler vascular portátil.

Bibliografía

1. Newman AB, Sutton_Tyrrell K, Vogt MT, Kuller LH. Morbidity and mortality in hypertensive adults with a low ankle/arm blood pressure index. *JAMA* 1993; 270: 487-489.
2. Vogt MT, Cauley JA, Newman AB, Luller LH, Hulley SB. Decreased ankle/arm blood pressure index and mortality in elderly women. *JAMA* 1993; 270: 465-469.
3. Leng GC, Fowkes FG, Lee AJ, Dunbar J, Housley E, Ruckley CV. Use of ankle brachial pressure index to predict cardiovascular events and death: a cohort study. *BMJ* 1996; 313: 1440-1444.
4. Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med*, 1997; 157:2 413-2446.
5. Fagan TJ. Nomogram for Bayes Theorem. *N Engl J Med* 1975; 293: 257.
6. McGee SR, Boyko EJ: Physical examination and chronic lower-extremity ischemia. A critical review. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1357-1364.
7. Ankle-to-arm blood pressure index $\leq 0,9$ was associated with increased mortality in hypertensive adults. *ACP Journal Club* 1994; 120: 50.

8. Danesh J, Whincup P, Walker M, Lennon L, Thomson A, Appleby P, Gallimore JR, Pepys MB. Low grade inflammation and coronary heart disease: prospective study and updated meta-analyses. *BMJ* 2000; 321: 199-204.
9. Liuzzo G, Biasucci LM, Gallimore JR, Grillo RL, Rebuzzi AG, Pepys MB, Maseri A. The prognostic value of C-reactive protein and serum amyloid A protein in severe unstable angina. *N Engl J Med* 1994; 331: 417-424.
10. Haverkate F, Thompson SG, Pyke SDM, Gallimore JR, Pepys MB. Production of C-reactive protein and risk of coronary events in stable and unstable angina. *Lancet* 1997; 349: 462-466.
11. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Inflammation, aspirin, and risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. *N Engl J Med* 1997; 336: 973-979.
12. Kuller LH, Tracy RP, Shaten J, Meilahn EN. Relation of C-reactive protein and coronary heart disease in the MRFIT nested case-control study. Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 537-547.
13. Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH. Plasma concentrations of C-reactive protein and risk of developing peripheral vascular disease. *Circulation* 1998; 97: 425-428.
14. Ridker PM, Meir J, Stamper MD. A Comparison of C-Reactive Protein, fibrinogen, homocysteine, lipoprotein (A) and Standard Cholesterol Screening as Predictors of Peripheral Arterial Disease. *JAMA* 2001; 285: 2481-2485.
15. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WD. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83: 356-362.
16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina Basada en la Evidencia. Como ejercer y enseñar MBE*. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

TABLA 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Varón fumador >70 años	19	22,6	22,6
Varón diabético >65 años	14	16,7	39,3
Varón diabético y fumador >60 años	3	3,6	42,9
Varón diabético con antecedentes familiares >55 años	1	1,2	44,0
Varón fumador con antecedentes familiares >55 años	1	1,2	45,2
Varón o mujer en prevención secundaria	28	33,3	78,6
Hipertensión o diabetes con afectación orgánica	18	21,4	100,0
TOTAL	84	100,0	

Distribución según criterios de inclusión.

TABLA 2

	N (%)	control	prevalencia global (%)
HTA	62 (73.8)	18/30 (60)*	14.5
HTA + DIABETES	32 (38.1)	8/32 (25)**	
DIABETES	41 (48.8)	29 (74)¶ 16 (39)#	5
DISLIPEMIA COLESTEROL < 250		63 (75)	9,1
DIABETES+CT < 200 " +LDL < 135		12 (29,3) 16 (39)	
FUMADOR	34 (40,5)		11

Características de los sujetos incluidos y grado de control según factores de riesgo.

* TA < 140/90 en no diabéticos. ** TA < 130/85 en diabéticos. ¶ Hemoglobina glicosilada < 7.5. # Hemoglobina glicosilada < 7,5+ colesterol < 250+ TA < 140/90

HTA: hipertensión arterial
CT : colesterol toral
LDL : lipoproteínas de baja densidad

TABLA 3

	Edad	TAS	TAD	COL	HDL	LDL	TGC	IMC	RV
Arter	71,9 (6,6) NS	138 (19) NS	77 (10) NS	213 (39) NS	59 (17) NS	126 (29) NS	120 (64) NS	28,5 (7) NS	23,8 NS
No art	69,8 (6,6)	134 (17)	76 (8)	226 (39)	62 (18)	132 (35)	152 (85)	29,4 (4)	26,9

Características de los sujetos con/sin arteriopatía periférica. ():Error estándar. TAS: tensión arterial sistólica, TAD idem diastólica, COL: colesterol total, HDL: hdl-colesterol, TGC: triglicéridos, IMC: índice de masa corporal. NS: sin significación estadística. RV: Riesgo vascular.

TABLA 4

Diabetes	12,2% (5/41)	No diabetes	20,9% (9/43)	NS
HTA	9,7% (9/62)	No HTA	22,7% (5/22)	NS
Hombres	13,4% (9/67)	Mujeres	29,4% (5/17)	NS
Fumador	10,8% (4/37)	No fumador	21,7% (10/46)	NS
RV>30%	4,2% (1/24)	RV<30%	12,5% (4/32)	NS
Sin A.Familia	17,2% (12/70)	A. Familiar	18,2% (2/11)	NS
Estatinas	11,5% (3/26)	No estatinas	17,7 (8/45)	NS
AAG	24,3% (10/41)	No AAG	10% (4/40)	NS

Presencia de arteriopatía periférica según la diabetes, hipertensión (HTA), sexo y tabaco, riesgo vascular (RV) mayor del 30%, antecedentes (A) hereditarios de riesgo vascular, tratamiento con estatinas o antiagregantes (AAG). NS: sin significación estadística. RV: riesgo vascular.

TABLA 5

		S	E	LR+	PP	LR-	
PCR 4.5	A	92,9	55,7	2,1	26,0	0,1	OR:16,3 (2,0-131) p<0,001 p=0,05 p=0,05
	B	100	52,7	2,1	20,4	<0,001	
	C	100	52,9	2,1	15,8	<0,001	
PCR 6	A	78,6	74,3	3,0	33,4	0,3	OR:10,6 (2,6-42,3) p<0,001 OR:10,5 (1,1-101,9) p<0,05 OR:3,0 (0,8-10,6) p=0,12
	B						
	C	80	72,5	2,9	22,2	0,3	
PCR 9	A	35,7	84,3	2,3	27,7	0,8	OR:5,0 (1,3-19,2) p<0,05 OR:7,2 (1,7-29,9) p<0,01 OR:12,0 (1,5-95,0) p<0,05
	B						
	C						
PCR 12	A	35,7	90,0	3,6	37,5	0,7	OR:7,2 (1,7-29,9) p<0,01 OR:12,0 (1,5-95,0) p<0,05
	B						
	C						
PCR 15	A	35,0	92,9	5,0	45,5	0,7	OR:7,2 (1,7-29,9) p<0,01 OR:12,0 (1,5-95,0) p<0,05
	B	60,0	88,8	5,4	39,7	0,4	
	C						

Sensibilidad (S), especificidad (E), Razón de probabilidad positiva (LR+), razón de probabilidad negativa (LR-), Odds ratio (OR) y valor de p para diferentes valores de PCR y para diferentes grupos A: población total, B: diabéticos, C: sujetos en prevención primaria, PP: Probabilidad postest. PCR: proteína C reactiva.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Leucemias agudas

Romero A ¹, Jiménez RM ²

¹ Hematólogo, Servicio de Hematología H.U. Virgen de las Nieves, ² Médico de Familia, C.S. Almuñécar (Granada).

INTRODUCCIÓN

La leucemia aguda considerada hasta hace unas décadas como incurable, presenta en la actualidad un alto porcentaje de curación con una mayor supervivencia de los pacientes que fallecen de ella. Debido a esta mayor supervivencia, a la tendencia creciente de realizar tratamientos en régimen de hospital de día o con alta precoz, el médico de familia tendrá que atender cada vez a más pacientes con estas patologías, con seguimientos domiciliarios y en consulta en el Centro de Salud, valorando las situaciones que requieran traslado urgente a un centro hospitalario.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia global de leucemia aguda es 5-6 casos/100.000 habitantes/año, aproximadamente el 50% son linfoblásticas (LAL) y el otro 50% son mieloblásticas (LAM). Existe un predominio de LAL en pacientes pediátricos, con un pico entre los dos y los cinco años de edad, y de LAM en pacientes adultos, con una incidencia mayor en varones que en hembras ¹.

PATOGENIA

Se han relacionado diversos factores con un mayor riesgo de presentar leucemia aguda:

1) Enfermedades congénitas: S. Down, S. Bloom, S. Kostman, ataxia-teleangiectasia, S. Klinefelter y la neurofibromatosis ².

2) La exposición a varios agentes determina un mayor riesgo de LAM, tales como las radiaciones ionizantes, agentes quimioterápicos (agentes alquilantes y epipodofilotoxinas), el benceno, el thorostrast, el tabaco y la contaminación atmosférica ³. Se ha observado que una mayor exposición materna a sustancias inhibidoras de la topoisomerasa II presentes en los alimentos, estaría asociada a una mayor incidencia de LAM en niños menores de un año ⁴.

3) Enfermedades adquiridas con un mayor riesgo de LAM, especialmente en los síndromes mieloproliferativos y mielodisplásicos.

4) Agentes infecciosos:

– Ciertos virus se han relacionado con leucemias agudas, si bien entre los animales se han demostrado como causantes de estas, como el virus de la leucemia felina ⁵. En el ser humano esta relación no está tan claramente establecida y sólo en algunos casos de la LAL-L3 puede haber relación con el virus de Epstein-Barr.

– En la leucemia aguda linfoblástica hay varias observaciones que indicarían la relación con un agente infeccioso, especialmente en los casos pediátricos: el acúmulo temporal de casos en ciertas zonas ^{6,7}, variaciones en el pico existente entre los 2 y 5 años, entre niños con distinto estatus socioeconómico ⁸ y diferencias raciales.

El pico de leucemia aguda linfoblástica común es típico de raza blanca y nivel socioeconómico normal ⁹ o condiciones higiénicas, con un aumento de la incidencia al mejorar estas ¹⁰ y una cierta estacionalidad en la aparición de leucemias agudas, con un pico de leucemia aguda linfoblástica en niños y adultos en verano ¹¹.

5) Ha habido controversia respecto al riesgo de leucemia aguda derivado de la exposición a campos magnéticos, pero no hay resultados concluyentes ^{12,13}.

En general, la LAM puede estar en relación con ciertos agentes químicos mientras que en LAL existe evidencia

Correspondencia: Rosa María Jiménez Liñán, Centro de Salud de Almuñécar, La Paloma s/n Almuñécar. 18690. Granada. Correo electrónico: rjlinan@navegalia.com

Recibido: 03-12-2001; aceptado para publicación: 15-01-2002.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 40-48

de la implicación, especialmente en los casos pediátricos, de uno o varios agentes infecciosos aún no determinados.

En la actualidad, los estudios de biología molecular nos han permitido ir desentrañando el mecanismo íntimo que da lugar a la transformación neoplásica.

Las alteraciones moleculares afectan a genes implicados en:

1.–El ciclo celular, favoreciendo la estimulación de éste o inhibiendo la supresión.

2.–Los mecanismos de apoptosis, eliminándolos, lo cual provoca una prolongación de la vida celular.

Los mecanismos implicados en estos fenómenos son: la traslocación cromosómica, la delección y la mutación puntual, que pueden determinar:

- La activación permanente de un gen y, por tanto, la pérdida de la capacidad de regulación del ciclo celular de dicho gen. Suelen deberse a traslocaciones cromosómicas. El ejemplo mejor conocido es la activación del gen c-myc al unirse a los genes que sintetizan Inmunoglobulinas y dar lugar a la LAL –L3
- La producción de genes híbridos con capacidad oncogénica. Al fusionarse dos genes por traslocaciones cromosómicas, determinan un nuevo gen que actúa como oncogen. Este mecanismo es frecuente en leucemias agudas, un buen ejemplo es la fusión de los genes PML y cadena alfa del receptor del ácido retinoico que determina la leucemia aguda promielocítica.
- La pérdida de función de genes con capacidad supresora de tumores.

Esta pérdida de función de genes puede venir determinada por varios mecanismos:

1) Ruptura de genes: la traslocación altera un gen que pierde su funcionalidad. Este mecanismo ocurre en la t(12;21) y en la alteración del gen TEL que determina LA B infantil.

2) Delección de material genético que determina la pérdida de funcionalidad de un gen. Afecta generalmente a genes supresores tumorales; un ejemplo en leucemias agudas es la delección del gen p16 que aparece en algunas LAL T.

3) Mutación puntual que puede determinar un cambio en la secuencia de aminoácidos o la aparición de un codón precoz de finalización. Un ejemplo es la lesión de la p53 presente en algunas crisis blásticas de síndromes mieloproliferativos crónicos.

Las lesiones mejor conocidas son las debidas a traslocaciones cromosómicas ya que podemos detectarlas con la citogenética convencional, si bien hay que tener en cuenta que se puede producir un intercambio de material entre cromosomas que sea de escasa cuantía y escape a dichos estudios.

CLÍNICA

Aunque no es frecuente el diagnóstico de estos pacientes en la consulta a demanda de los Centros de Salud debido a su presentación aguda, que hace que muchos de ellos acudan a servicios de urgencias de los hospitales, se debe tener en cuenta ya que muchos síntomas son habituales en la consulta diaria.

La sintomatología de estos pacientes viene determinada por:

– La insuficiencia medular.

Los síntomas de inicio suelen ser astenia, fiebre generalmente infecciosa y diátesis hemorrágica.

– La infiltración leucémica de diversos órganos determina:

– Dolores óseos. Más frecuentes en LAL y en niños.

En ocasiones se producen compresiones vertebrales¹⁴.

– Visceromegalias. Más frecuentes en LAL.

– Un síndrome meníngeo es también más frecuente en LAL que en LAM, ocurriendo entre éstas más en las formas monocíticas.

– La leucostasis, especialmente en las LAM, puede provocar hemorragias en el SNC, insuficiencia respiratoria, enterocolitis necrotizante, priapismo e insuficiencia renal.

Laboratorio

Se detecta leucocitosis al diagnóstico en más del 50% de los pacientes. En un 20% la cifra de leucocitos excede los 100.000/ul. La mayoría de los pacientes presentan anemia normocítica hiporregenerativa. Suele haber una trombopenia debida a fracaso medular, pero en las LAM promielocíticas, puede asociarse a coagulopatía de consumo. Hiperuricemia se detecta en más del 50% de los pacientes. En el 3% de las LAL y en el 1% de las LAM se objetiva alteración del líquido cefalorraquídeo con aumento de la presión, hiperproteíorraquia y descenso de glucosa.

Radiología

En la radiología simple de tórax se observa una masa mediastínica en el 5-10% de los casos de LAL, que se puede asociar a derrame pleural. En el 50% de los casos de LAL se observan lesiones esqueléticas, siendo las más frecuentes las líneas metafisarias transversas, osteoporosis y lesiones osteolíticas¹⁵.

DIAGNÓSTICO

Si bien el cuadro hemoperiférico es muy sugerente, el diagnóstico se establece por el estudio de la médula

ósea, obligado ante la sospecha de leucemia aguda o de cualquier citopenia no explicable por factores extramedulares, especialmente si afecta a varias series.

En el estudio de la médula ósea es fundamental realizar un análisis citológico, citoquímico, inmunofenotípico y citogenético.

El estudio citológico establece el diagnóstico de leucemia aguda si la blastosis es superior al 20%.

El estudio citoquímico, especialmente la demostración de peroxidasa y esterasas inespecíficas determinan la diferencia entre LAM y LAL.

El estudio inmunofenotípico nos permite distinguir entre LAL y LAM en casos de que la citoquímica no sea concluyente y nos diferencia diversos tipos de LAL con distinto valor pronóstico.

El estudio citogenético nos determina distintos tipos con valor pronóstico y tratamiento diferente.

El estudio molecular nos ayuda a diferenciar ciertas entidades con pronóstico y tratamiento distinto, como la LAM promielocítica, así como nos permitirá en algunas entidades un seguimiento muy preciso de la enfermedad mínima residual.

CLASIFICACIÓN

La clasificación más utilizada fue la propuesta en 1976 por un grupo de citólogos franceses, americanos y británicos¹⁶ (grupo FAB). Esta clasificación es puramente morfológica y se basa en características citológicas y en el uso de tinciones citoquímicas: la mieloperoxidasa que sería positiva en blastos mieloides y las esterasas inespecíficas que serían positivas en blastos monocitoides. Para hacer el diagnóstico de leucemia aguda , se estableció un porcentaje mínimo de blastos en médula ósea del 30% de las células nucleadas, con excepción de la eritroleucemia, lo que nos permite diferenciar las leucemias agudas de los síndromes mielodisplásicos, con unos porcentajes de blastos en médula ósea inferiores al 30%. En principio, se diferencian las leucemias agudas mielo-

blásticas (LAM) con características citológicas y citoquímicas precisas y las linfoblásticas (LAL) que carecerían de dichos marcadores. Se diferenciaron 3 subtipos de LAL (L1-L3) (tabla 1) dependiendo de la morfología de los blastos. Se diferenciaron 6 subtipos de LAM (M1-M6) dependiendo del porcentaje de blastos y su naturaleza: mielóide, promielocítica, monocítica y eritroide. En los años 80 se desarrolló la tecnología de los anticuerpos monoclonales, que permitió una mejor diferenciación de los tipos celulares. La clasificación de las LAL se ha modificado teniendo en cuenta criterios inmunológicos, que nos determinan la naturaleza y maduración de la población blástica¹⁷ (tabla 2), estando en desuso la clasificación morfológica. La aportación de las técnicas inmunológicas permitió al grupo FAB diferenciar otros 2 subtipos de LAM, indiferenciadas citológica y citoquímicamente, pero con marcadores específicos^{18,19,20} (tabla 3).

En los años 80 se apreció la frecuente aparición de ciertas alteraciones citogenéticas en leucemias agudas y se estableció una nueva clasificación^{21,22} (clasificación MIC, Morfología, Inmunología, Citogenética) que no pretendía incluir al total de las leucemias agudas, sino diferenciar entidades según características citológicas, inmunológicas y citogenéticas, que tuvieran diferente pronóstico.

En 1997 propiciado por la OMS se creó un comité de expertos para elaborar una nueva clasificación de todas las neoplasias de estirpe hematológica. Esta clasificación²³ diferencia neoplasias mieloides y linfoides.

- 1) Las neoplasias mieloides las dividen en 4 grupos:
 - Enfermedades mieloproliferativas
 - Síndromes mielodisplásicos
 - Enfermedades mielodisplásicas/mieloproliferativas
 - Leucemias agudas mieloides. En éstas se establece un porcentaje mínimo de blastos en médula ósea del 20%. Entre ellas se diferencia 4 grupos de entidades dependiendo de la presencia de rasgos característicos (tabla 4):
 - a) Un primer grupo definido por la presencia de alteraciones citogenéticas características. El diagnóstico se esta-

TABLA 1
CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA LAL¹⁶

Características citológicas	L1	L2	L3
Tamaño	pequeño	grande	grande
Núcleo	regular	irregular	regular
Nucleolo	poco visible	uno o más prominentes	uno o más prominentes
Basofilia	débil	débil	marcada
Vacuolas	variable	variable	prominentes

TABLA 2
CLASIFICACIÓN INMUNOLÓGICA LAL ¹⁷

	Tipo	Marcadores
Línea B	(B-I) pro-B	CD19+ y/o CD79a+ y/o CD22+
	(BII) pre-pre-B o común	CD10+
	(BIII) pre-B	IgM citoplasmática
	(BIV) B	Ig superficie
Línea T*	(TI) pro-T	CD7+
	(TII) pre-T	CD2+ y/o CD5+ y/o CD8+
	TIII cortical	CD1a+
	TIV madura	CD1a- y CD3 membrana +

LAL con expresión de antígenos mieloides (LAL-My+).

* El CD3-TCR nos permite diferenciar 2 grupos $\alpha\beta+$ y $\gamma\delta+$.

TABLA 3
CLASIFICACIÓN FAB DE LAS LAM ²⁰

Subtipos	Celularidad	Citoquímica	
		MPO	ANAE
M0* Mínimamente diferenciada	Indiferenciada	-	-
M1 Con escasa maduración	Blastos > 90% CNE	+	-
M2 Con maduración	Blastos 30-90% CNE	+	-
M3 Promielocítica	Promielocitos > 30%	+	-
M4 Mielomonocítica	Monocitos 20-80%	+	-
M5a Monocítica indiferenciada	Monoblastos > 80% células monocíticas	-/+	+
M5b Monocítica diferenciada	Monoblastos < 80% células monocíticas	+/-	+
M6 Eritroleucemia	Mieloblastos >30% CNE	+	-
M7 Megacariocítica	Megacarioblastos > 30%**	-	-

MPO: mieloperoxidasa, ANAE: alfa-naftil acetato esterasa, CNE: células no eritroides.

* Positiva para marcadores mieloides: CD13, CD33.

** Positiva para marcadores de serie megacariocítica: CD41, CD61.

TABLA 4
CLASIFICACIÓN OMS DE LEUCEMIAS AGUDAS MIELOIDES²³

- Leucemias agudas mieloides con alteraciones citogenéticas características.
 - LMA con t(8;21) (q22;q24).
 - LMA promielocítica t(15;17) (q22-q11-12) y variantes.
 - LMA con eosinófilos anormales en médula ósea, inv (16) (p13q22) o t(6;16) (p13;q11).
 - LMA con anormalidades en 11q23.
- Leucemias agudas mieloides con displasia multilineal.
 - Con síndrome mielodisplásico previo.
 - Sin síndrome mielodisplásico previo.
- Leucemias agudas mieloides y síndromes mielodisplásicos relacionados con tratamiento.
 - Relacionados con agentes alquilantes.
 - Relacionados con epipodofilotóxicas.
 - Otros tipos.
- Leucemias agudas mieloides no incluidas en otra categoría
 - LAM mínimamente diferenciada.
 - LAM sin maduración.
 - LAM con maduración.
 - LAM mielomonocítica.
 - LAM Monocítica.
 - LAM eritroide.
 - LAM megacariocítica.
 - LAM de basófilos.
 - Panmielosis aguda con mielofibrosis

blecería por la presencia de dichas alteraciones, sin tener en cuenta el porcentaje de blastos en médula ósea.

b) Un segundo grupo, lo constituirían aquellas leucemias mieloides agudas en las que se observaran rasgos displásicos en varias líneas celulares.

c) Un tercer grupo, lo constituirían las leucemias agudas mieloides y síndromes mielodisplásicos secundarios a tratamientos citotóxicos.

d) Un cuarto grupo lo formarían aquellas leucemias agudas mieloides que no presentaran características de los grupos anteriores y, se seguirían dividiendo según la antigua clasificación de la FAB y añadiendo algunas entidades nuevas.

Leucemias agudas bifenotípicas (mieloides y linfoides). Estas leucemias agudas quedan como cuadros intermedios entre los mieloides y los linfoides, ya que

realmente son debidas a la proliferación de células a las que no podemos asignar claramente un origen linfoide o mioide.

2) Las neoplasias linfoides las clasifican según sean B o T y, dentro de cada grupo, distinguen neoplasias de elementos precursores y maduros (tabla 5).

Las leucemias agudas linfoides y los linfomas linfoblásticos serían la misma entidad con diferente presentación clínica.

Se abandonarían definitivamente la clasificación morfológica (FAB) de las leucemias agudas linfoides.

Se diferencian varias entidades con alteraciones citogenéticas características.

La LAL-L3 se considera una neoplasia de células B maduras, como otra forma de presentación del Linfoma de Burkitt.

TABLA 5
CLASIFICACIÓN OMS DE LEUCEMIAS AGUDAS LINFOIDES²³

Leucemias agudas linfoblásticas de precursores B.
LAL-B con t(9;22) (q34;q11).
LAL-B con alteraciones de 11q23.
LAL-B con t(1;19) (q23;p13).
LAL-B con t(12;21) (p12;q22).
Otras LAL-B.
Leucemia células de Burkitt
Leucemias agudas linfoblásticas de precursores T

TRATAMIENTO LEUCEMIAS AGUDAS

Conceptos generales

En el tratamiento de las leucemias agudas se diferencian distintas fases:

Inducción. Es la primera fase de tratamiento, en ella intentamos conseguir la remisión completa. Esta se define como la ausencia de células neoplásicas. Evidentemente, la calidad de la remisión completa dependerá de la sensibilidad de la técnica que empleemos para detectar las células neoplásicas. La sensibilidad de las técnicas citológicas y/o citogenéticas estándar es del 1 al 5% (población leucémica residual inferior a 10^9 células) y la de las técnicas moleculares es 10^{-4} a 10^{-6} (población leucémica residual inferior a 10^5 células)²⁵. Las técnicas moleculares serían las ideales pero sólo son aplicables al 30-40% de las leucemias agudas mieloides y, a una proporción menor de las linfoides. Además, con estas técnicas y con los tratamientos estándar de inducción prácticamente nunca conseguiríamos la remisión completa molecular.

Consolidación. Se repite el ciclo que consiguió la remisión. Actualmente en desuso, ya que al conseguir la remisión se pasa a la fase de intensificación.

Intensificación. Se utilizan fármacos a dosis mayores que los usados en la inducción.

Mantenimiento. Tratamiento poco intensivo pero prolongado en el tiempo.

Profilaxis del sistema nervioso central. La afectación del sistema nervioso central es poco frecuente al diagnóstico, pero si no se realiza un tratamiento específico dirigido contra las células leucémicas que puedan afectarlo es bastante frecuente la recaída a este nivel, ya que la quimioterapia sistémica no penetra adecuadamente en el sistema nervioso central.

En la actualidad, se tiende a simplificar estas fases y únicamente se diferencia entre tratamiento de inducción y tratamiento postremisión.

Medidas de soporte

Es fundamental en el tratamiento de la leucemia aguda, ya que sin ellas el tratamiento quimioterápico no podría realizarse sin un coste tóxico intolerable. Entre estas medidas tenemos:

1) Soporte metabólico. El inicio del tratamiento determina una importante lisis tumoral que condicionaría graves alteraciones metabólicas. Para impedir las debemos realizar una correcta hidratación, alcalinización de la orina y administrar alopurinol. Estas medidas deben ser extremas en pacientes que debuten con grandes leucocitosis.

2) Tratamiento de infecciones. Las infecciones son una complicación frecuente de estos pacientes debido a la neutropenia motivada por la propia enfermedad o por el tratamiento. Los episodios febriles deben ser tratados con antibioterapia de amplio espectro que incluyan cefalosporinas de 3.^a o 4.^a generación o, penicilinas de amplio espectro asociadas a aminoglucósidos. Ante la no respuesta debemos plantearnos la administración de tratamiento antifúngico (anfotericina B). Otra medida beneficiosa es la administración de factores de crecimiento de granulocitos o granulo-monocitos que acortan los periodos de neutropenia²⁶.

3) Soporte hemoterápico. La mayoría de los pacientes requerirán durante el tratamiento la administración de transfusiones de plaquetas y/o hematíes, por el fracaso medular condicionado por la propia enfermedad así como por la mielotoxicidad del tratamiento.

Tratamiento específico de la LAL

Debemos diferenciar claramente entre niños que consiguen, con tratamientos menos agresivos un índice de curación alrededor del 70% y adultos que incluso a pesar de tratamientos intensivos sólo un 30-40% de ellos alcanzan remisiones prolongadas²⁷.

Tratamiento LAL del niño

Debemos diferenciar entre las LAL de riesgo estándar y aquellas de alto riesgo. En las de riesgo estándar, la inducción se realiza normalmente con 3 fármacos: vincristina, glucocorticoides y L-asparaginasa y, en las de alto riesgo se añade una antraciclina.

El tratamiento de intensificación varía según el pronóstico de cada caso. En los casos de buen pronóstico se administran ciclos con metotrexate, mercaptopurina, ciclofosfamida y otras drogas; posteriormente se realiza un mantenimiento de 2 años con metotrexate y mercaptopurina. Es obligada la profilaxis neuromeningea. En los casos de alto riesgo el tratamiento es muy similar al de los adultos.

Tratamiento de LAL del adulto

El tratamiento de inducción se realiza habitualmente con 4 fármacos: vincristina, glucocorticoides, una antraciclina generalmente daunorrubicina y L-asparaginasa durante 4 a 5 semanas. La tasa de remisiones completas alcanza un 65-85%²⁸, sin que modificaciones de este esquema hayan conseguido mejores resultados. Aquellos pacientes refractarios al tratamiento deben entrar en programas de trasplante como única opción de curación. En la fase de intensificación, se administran varios ciclos con varios fármacos, de los cuales los fundamentales son metotrexate a altas dosis (3-5 g/m²) y citarabina a altas dosis (1-2 g/m² cada 12 horas). Habitualmente, se suelen administrar asociados otros fármacos como etopósido, tenipósido, mitoxantrona o vindesina. La profilaxis del sistema nervioso central se realiza mediante la administración de varias dosis de tratamiento intratecal con metotrexate, citarabina y esteroides. La citarabina y el metotrexate a altas dosis empleados en la intensificación atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo que en la mayoría de los protocolos actuales se prescinde de la radioterapia holocraneal. El tratamiento de mantenimiento suele realizarse con mercaptopurina y metotrexate durante un periodo de 2 años.

En pacientes que recaen el pronóstico es malo, ya que con el mismo tratamiento de inducción o tratamientos más agresivos se consigue un 60% de remisiones completas, pero generalmente de corta duración, por lo que deben pasar a protocolos de trasplante, ya que con tratamientos estándar la posibilidad de supervivencia prolongada es sólo del 5%.

El papel del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en la LAL no está bien definido. En primera remisión completa debe contemplarse el TPH en pacientes con factores de mal pronóstico (edad > 30 años, leucocitos > 25 x 10⁹/L diagnóstico, t(9;22), t(4;11) o ausen-

cia de remisión completa a las 2 semanas de tratamiento. En esta situación se consigue con trasplante alogénico de hermano HLA-idéntico una tasa de largos supervivientes del 50-55% pero con un coste de mortalidad asociada al procedimiento del 20 al 25%. Limitaciones de esta modalidad de tratamiento son la necesidad de tener un hermano HLA-idéntico y la edad inferior a 50-60 años. En casos de muy mal pronóstico, t(9;22), se recomienda en ausencia de donante familiar la realización de un TPH alogénico de un donante no emparentado. El papel del trasplante autólogo en esta situación no está claro, ya que a pesar de la menor mortalidad (2-8%) y la posibilidad de realizarlo hasta los 65 años, la proporción de largos supervivientes es del 40%. En pacientes en segunda remisión completa o fases más avanzadas de la enfermedad debe ofertarse TPH especialmente alogénico con una tasa de largos supervivientes del 30%.

Tratamiento específico de la LAM

Debemos diferenciar la LAM promielocítica de todas las demás.

Las LAM no promielocítica

Tratamiento de inducción. Debe de realizarse con 2 fármacos: citarabina en perfusión continua durante 7 días y una antraciclina (daunoblastina o idarrubicina) 3 días. Este tratamiento tiene un coste tóxico muy elevado ya que determina una intensa aplasia de una duración de 2 a 3 semanas, con un índice de remisión alrededor del 75% y una mortalidad que oscila del 5-20%. Aquellos pacientes que no alcanzan la remisión completa con el primer ciclo, se les administra otro ciclo igual y aproximadamente un 30% alcanzan la remisión completa. En pacientes mayores de 65 años se debe valorar el riesgo dada la alta mortalidad que presenta el tratamiento estándar (> 20%), pero asumiendo que tratamientos menos intensivos obtienen peores resultados. En pacientes mayores de 75 años o con patologías concomitantes, el tratamiento idóneo puede ser cuidados paliativos y soporte transfusional.

Tratamiento postremisión. Una vez alcanzada la remisión completa, se debe continuar el tratamiento, ya que en caso contrario prácticamente todos los pacientes recaerían en pocos meses. El tratamiento postremisión se basa en la administración de 1 a 3 ciclos de citarabina a dosis intermedias (0.5-1 g/m²) o altas (2-3 g/m²) combinado con una antraciclina (generalmente mitoxantrone). Una vez administrada la intensificación se debe considerar el trasplante de precursores hematopoyéticos. En aquellos pacientes con citogenética favorable (inv 12, t(8;21)) en principio no está indicado el trasplan-

te y en el tratamiento postremisión debe usarse citarabina a altas dosis. En los demás pacientes debe realizarse trasplante: en menores de 40 años con un hermano HLA idéntico trasplante alogénico y, en pacientes menores de 60 años o menores de 40 sin donante un trasplante autólogo. Los resultados que se obtienen son un índice de curaciones de un 20% sólo con quimioterapia, de un 40-50% con trasplante autólogo y de un 50-60% con alogénico. En los pacientes que recaen se debe inducir una nueva remisión completa mediante la administración de citarabina a altas dosis y una antraciclina y, una vez conseguida la remisión, se debe pasar a trasplante especialmente alogénico de un familiar o de un donante no emparentado a partir de una búsqueda en los registros internacionales de donantes.

Tratamiento de la leucemia aguda promielocítica

Era conocido desde los años 70, la especial sensibilidad de este tipo de LAM a las antraciclinas²⁸. El gran avance en el tratamiento ocurrió en 1984, al comunicar el grupo de Shanghai los resultados del tratamiento con ácido retinoico todo trans (ATRA)²⁹. Esto ha supuesto un auténtico hito en la historia de la Oncología, ya que es el primer tratamiento dirigido contra la lesión molecular causante de la enfermedad y, su mecanismo de acción es la diferenciación de las células malignas y no su destrucción. El ATRA induce remisión en el 90% de los pacientes, siendo los fracasos debidos a muerte precoz por complicaciones³⁰. Se ha observado que prácticamente todos los pacientes tratados sólo con ATRA recaen en el plazo de pocos meses, por lo que en la actualidad el tratamiento de inducción se realiza mediante la combinación de ATRA y una antraciclina. Una complicación específica del tratamiento con ATRA es el conocido síndrome de ATRA, con un rápido aumento de la cifra de leucocitos, asociado a fracaso renal y cardiorespiratorio³¹. Una vez alcanzada la remisión se administran nuevos ciclos de consolidación, en los que se combina ATRA con antraciclinas (idarrubicina y mitoxantrone). Este tipo de LAM es la única en el que el tratamiento de mantenimiento con metotrexate, mercaptopurina y ATRA tiene valor. En esta entidad disponemos de un marcador molecular (fusión de los genes PML y RAR ()) que podemos detectar con PCR. La positividad en el análisis molecular nos indica una posible recaída. Estos pacientes deben ser tratados con terapias intensivas que incluyan trasplante de precursores hematopoyéticos, pero los pacientes que permanecen negativos no precisan de terapias intensivas. Un nuevo fármaco con capacidad diferenciadora de los promielocitos neoplásicos y, que se está usando en esta entidad es el trióxido de arsénico³².

Trasplante de precursores hematopoyéticos

Este tratamiento se utilizará en una mayoría de pacientes adultos y en una proporción significativa de niños. En 1997 se realizaron un total de 3304 trasplantes de precursores hematopoyéticos por leucemia aguda³³. Debemos diferenciar varios tipos de trasplante, según la relación entre donante y receptor. Estos pueden ser, autólogos (son la misma persona) y alogénico (son diferentes personas, que pueden ser HLA idénticos o no y, familiares o no). En general, podemos decir que el trasplante alogénico es más curativo, (índice de recaída en primera remisión completa en alogénico 25%, en autólogo 52%), pero presenta una mayor mortalidad (en primera remisión completa alogénico de hermano HLA idéntico 10%, autólogo menor del 5%). El alogénico requiere un hermano HLA idéntico y una edad inferior a 45 años³⁴, si bien se puede realizar a partir de donantes no emparentados, tras búsqueda en el registro internacional de donantes de médula ósea y, existen diversas metodologías que permiten la realización de trasplantes en pacientes mayores de esa edad. La supervivencia a los 3 años en pacientes sometidos a trasplante alogénico de hermano HLA idéntico trasplantados en primera remisión completa es 60% en LAM y 52% en LAL. En pacientes en primera remisión completa a los que se les realiza un autotrasplante, la supervivencia a los 3 años es 55% para LAM y 43% para LAL³⁵; en fases más avanzadas de la enfermedad los resultados son muy inferiores. Las complicaciones que se presentan en ambos tipos de trasplante son diferentes. En autotrasplante, las complicaciones más importantes son las infecciones determinadas por la inmunosupresión debida al trasplante. En general, se considera que la inmunidad está recuperada al año de realizado el trasplante. El trasplante alogénico tiene un mayor riesgo infeccioso, dado que en él, se unen la inmunosupresión debida al trasplante y la motivada por los tratamientos inmunosupresores. En circunstancias ideales, la recuperación plena es a los 18 meses, pero en caso de que se presente enfermedad injerto contra huésped crónica la recuperación no será completa hasta que ésta finalice. Otra complicación muy importante del trasplante alogénico y, que condiciona la mayor mortalidad de éste, es la enfermedad injerto contra huésped, que es debida a una reacción de los linfocitos del donante frente a antígenos propios del receptor. Hay 2 formas, la aguda que se presenta en los primeros 100 días tras el trasplante y cursa con eritema cutáneo, diarrea y colostasis y, la crónica que aparece a partir de los 100 días tras el trasplante y se manifiesta por un cuadro cutáneo semejante a la esclerodermia, un síndrome seco, colostasis, manifestaciones autoinmunes e inmunodeficiencia.

En los pacientes trasplantados será un signo de alarma la aparición de fiebre que requerirá el traslado a un centro hospitalario y en trasplante alogénicos las manifestaciones de enfermedad injerto contra huésped.

BIBLIOGRAFÍA

- Greer JP, Kinney M. Acute nonlymphocytic leukemia. En: Lee R, Bithell T, Foerster J, Athens J, Lukens J, eds. *Wintrobe's clinical hematology* 9th edition. Pensilvania: Lea & Finger; 1993. p. 1920-46.
- Taylor GM. The genetics of human leukemia. En: Whittaker JA, Delamore IW, eds. *Leukemia*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987. p.39-63.
- Nordlinger R, Jarvholm. Environmental exposure to gasoline and leukemia in children and young adults, an ecologic study. *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 70: 57-60.
- Ross JA, Potter JD, Reaman GH, Pendergrass TW, Robison LL. Maternal exposure to potential inhibitors of DNA topoisomerase II and infant leukemia (United States): A report from the Children's Cancer Group. *Cancer Causes Control*. 1996;7:581-90.
- Jarret O. Pathogenesis of feline leukemia virus-related disease. En Goldman JM, Jarret O, eds. *Mechanisms of viral leukemogenesis*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984. p.135-54.
- Alexander FE, Chan LC, Lam TH, Yueng P, Leung NK, Ha SY, et al. Clustering of childhood leukemia in Hong Kong: association with childhood peak and common acute lymphoblastic leukemia and with population mixing. *Br J Cancer* 1997 ; 75: 457-63.
- Chen R, Iscovich J, Goldbourt U. Clustering of leukemia cases in a city of Israel. *Stat Med* 1997;16:1873-87.
- Swensen AR, Ross JA, Severson RK, Pollock BH, Robinson LL. The age peak in childhood acute lymphoblastic leukemia: exploring the potential relationship with socioeconomic status. *Cancer* 1997;79:2045-51.
- Rego EM, Garcia AB, Vaina SR, Falcao RP. Characterization of acute lymphoblastic leukemia subtypes in Brazilian patients. *Leuk Res* 1996;20:349-55.
- Smith MA, Simon R, Strickler HD, McQuillan G, Ries LA, Linet MS. Evidence that childhood acute lymphoblastic leukemia is associated with an infectious agent linked to hygiene conditions. *Cancer Causes Control* 1998;9:237-9.
- Badrinath P, Day NE, Stockton D. Seasonality in the diagnosis of acute lymphoblastic leukemia. *Br J Cancer*. 1997;75:1711-3.
- Green LM, Miller AB, Villeneuve PJ, Agnew DA, Greenberg MJ, Li J, et al. A case control study of childhood leukemia in southern Ontario, Canada and exposure to magnetic fields in residence. *Int J Cancer* 1999; 82:161-70.
- Baris D, Linet MS, Tarone RB, Kleinerman RA, Hatch EE, Kaune WT, et al. Residential exposure to magnetic fields: an empirical examination of alternative measurement strategies. *Occup Environ Med* 1999;56:562-6.
- Mandel R, Vic P, Nelken B, Mazingue F, Robert Y, Farriaux JP. Vertebral compression revealing acute lymphoblastic leukemia. *Arch Pediatr* 1996;3:466-9.
- Lukens JN. Acute lymphocytic leukemia. En: Lee R, Bithell T, Foerster J, Athens J, Lukens JN, eds. *Wintrobe's clinical hematology* 9th edition. Pensilvania : Lea & Finger; 1993. p. 1892-919.
- Bennet JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DAG, Gralnick HR, et al. Proposals for the classification of the acute leukemias. *Br J Haematol* 1976; 33: 451-8.
- Bene MC, Castoldy G, Knapp W, Ludwig WD, Matutes E, Orfao A, et al. Proposals for the immunological classification of acute leukemias. *Leukemia* 1995; 9: 1783-6.
- Bennet JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DAG, Gralnick HR, et al. Proposed revised criteria for the classification of acute myeloid leukemia. a report of the French-American-British cooperative group. *Ann Intern Med* 1985; 103: 626-9.
- Bennet JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DAG, Gralnick HR, et al. Criteria for the diagnosis of acute leukemia of megacaryocytic lineage (M7). *Ann Intern Med* 1985; 103: 460-2.
- Bennet JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DAG, Gralnick HR, et al. Proposals for the recognition of minimally differentiated acute myeloid leukemia (AML-M0). *Br J Haematol* 1991; 78: 325-9.
- First MIC Cooperative Study Group: morphologic, immunologic and cytogenetic (MIC) working classification of acute lymphoblastic leukemias. *Cancer Genet Cytogenet* 1986; 23: 189-197.
- Second MIC Cooperative Study Group: morphologic, immunologic and cytogenetic (MIC) working classification of acute myeloid leukemias. *Cancer Genet Cytogenet* 1988; 68: 487-494.
- Harris NL, Jaffe ES, Diebald J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J, et al. World Health Organization Classification of Neoplastic Diseases of the Hematopoietic and Lymphoid Tissues: Report of the Clinical Advisory Committee-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* 1999; 17: 3835-49.
- Review. Detection of minimal residual disease in acute myeloid leukemia: methodologies, clinical and biological significance. *Br J Haematol* 1999; 106: 578-90.
- Ottman O, Hoelzer D, Gracien E, Ganser A, Kelly K, Reutzel R, et al. Concomitant granulocyte colony-stimulating factor and induction chemotherapy in adult acute lymphoblastic leukemia: a randomized trial. *Blood* 1995; 86: 444-50.
- Pui C-H, Evans WE. Acute lymphoblastic leukemia. *N Engl J Med* 1998; 339: 605-615.
- Larson RA, Dodge BK, Burns CP, Lee EJ, Stonbe RM, Schulman P, et al. A five- drugs remission-induction regimen with intensive consolidation for adults with acute lymphoblastic leukemia: Cancer and Leukemia Group Study. *Blood* 1995; 85: 2025-2037.
- Bernard J, Weil M, Boiron M, Jacquillat C, Flandrin G, Gemon ME. Acute promyelocytic leukemia: results of treatment by duanorubicin. *Nouv Rev Franc Hematol* 1973;41:489-496.
- Huang M, Ye YC, Chai JR, Lu XJ, Zhou L, Gu LJ, et al. Use of all-trans retinoic acid in the treatment of acute promyelocytic leukemia. *Blood* 1988;72:567-72.
- Sanz MA, Martín G. Leucemia promielocítica aguda. *Progresos diagnósticos y terapéuticos. Hematol Citocinas Inmunoter Ter Cel* 2000 3; 165-74.
- Castaigne S, Chomienne C, Daniel MT, Berger R, Fenau P, Degos L. All trans retinoic acid as a differentiating therapy for acute promyelocytic leukemia. I. Clinic results. *Blood* 1990;76:1704-9.
- Shen ZX, Chen GQ, Ni JH, Li XS, Xiong SM, Qiu QY, et al. Use of arsenic trioxide (As₂O₃) in the treatment of acute promyelocytic leukemia (APL) II. Clinical efficacy and pharmacokinetics in relapsed patients. *Blood* 1997; 89: 3354-60.
- Gratwohl A, Passweg J, Baldomero H, Hermans J. Special report. Blood and marrow transplantation activity in Europe 1997. *Bone Marrow Transplantation* 1999; 24: 231-45.
- Goldman JM, Smith N, Niethammer D, Gratwohl A. Special report. allogenic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumors and immune disorders: current practice in Europe in 1998. *Bone Marrow Transplantation* 1998; 21:1-7.
- International Bone Marrow Transplant Registry / Autologous Bone & Marrow Transplant Registry. Report on state of the art in blood and marrow transplantation- the IBMTR/ABMTR summary slides with guide. 2000;7 issue 1.

ÁREA DOCENTE

ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. I. Competencias y su evaluación

de Serdio Romero E ¹

¹ *Médico de Familia. Coordinador provincial de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. Miembro del Grupo de Evaluación de la Competencia de la SAMFyC (GRECOSAMFyC).*

Desde que los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la promoción que finalizó en 1999 y fueron propuestos para la calificación final de "excelente" tuvieron que someterse a una prueba de este tipo para confirmar dicha calificación, la ECOE es sin duda la manera de evaluar la competencia profesional que suscita más curiosidad, interés y controversia en nuestro país.

Al margen de cuales pudieran ser sus aplicaciones más adecuadas, la finalidad de este documento es difundir los fundamentos de la ECOE, así como el proceso que hay que seguir y los recursos necesarios para su puesta en práctica.

Lo que sigue a continuación ha sido extraído de diferentes textos (publicaciones, comunicaciones, documentos, informes, memorias, borradores, ...) de numerosos autores que, dadas las características de este escrito, serán citados al final por orden alfabético. A todos, verdaderos artífices del contenido del presente trabajo, nuestro agradecimiento.

La estructura del documento consta de tres apartados:

- I. Competencias y su evaluación
- II. Diseño de una ECOE y recursos necesarios
- III. Desarrollo de una ECOE

I. COMPETENCIAS Y SU EVALUACIÓN

1. Competencia

Si hablamos de un puesto de trabajo concreto, podemos definir la competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que la persona que lo ocupe debe poseer y aplicar para su correcto desempeño.

Conocimiento es lo que sé, es decir, saberes teóricos y prácticos. Habilidades son lo que sé hacer, capacidades y destrezas genéricas y específicas. Actitudes se refiere a lo que soy o deseo ser, mi visión de las cosas, con lo que me identifico, lo que me parece adecuado hacer.

Si nos referimos a una persona cabe adoptar la definición de Kane (1992): un médico competente –y un profesional en general- es el que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio.

Por otra parte, no todas las competencias se exigen de la misma manera, incluso para personas de igual profesión de una misma empresa. Así, no puede ser lo mismo la evaluación de competencias para entrar en la empresa (nivel básico) que para ser considerado experto, o para seleccionar a un jefe de un equipo. Serían niveles distintos de competencias. También hay empresas que pueden considerar que la posesión de algunas competencias son requisito imprescindible, por entenderlas fundamentales para los objetivos de esa empresa. Por ejemplo, conocimiento de más de un idioma para trabajar en la OMS, actitud de innovación en una empresa de desarrollo informático, etc. Serían entonces competencias centrales o claves.

2. Evaluación de la competencia

La evaluación de competencias puede ser útil para muchas cosas:

- Identificar aspectos más débiles en la formación de un profesional.
- Programar la formación continuada de manera más personalizada.
- Certificar que un profesional posee las competencias suficientes para desempeñar su profesión o especialidad.
- Recertificar que un profesional mantiene esas competencias.

Correspondencia: correo electrónico: eserdio@hvr.sas.cica.es

Recibido el 12-11-2001; aceptado para su publicación el 15-12-2001.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 49-52

- Seleccionar a personas para un puesto de trabajo o para una actividad concreta: tutores, jefes de servicio, ...
- Evaluar los progresos en la formación pregraduada y postgraduada.
- Discriminar, calificar, aprobar y suspender.
- Etc.

¿Pero cómo podemos evaluar a un profesional? En primer lugar hay que seguir tres pasos:

- Identificar qué competencias debe poseer ese profesional y desagregarlas en componentes posibles de medir.
- Ponderar esos componentes competenciales, ya que no todos tendrán la misma importancia para desempeñar adecuadamente la profesión.
- Buscar y determinar los instrumentos evaluativos más adecuados para medir esos aspectos u componentes competenciales.

3. Componentes competenciales y su ponderación

Cada profesional necesita para su desempeño poseer un conjunto de competencias genéricas, además de otras más específicas que dependen de la empresa u organización en la que trabaje y del puesto concreto que ocupe.

Para una mayor facilidad vamos a referirnos a partir de ahora a un profesional concreto: el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

De una manera genérica, sus competencias están claramente definidas en el Programa de formación MIR elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad, que forma parte, junto con el resto de especialidades médicas, de la Guía de Formación de Especialistas del Ministerio de Sanidad y Consumo. Gracias a esta fundamental aportación, podemos identificar y desagregar con facilidad los componentes competenciales de un médico de familia.

Cabe recordar que la competencia profesional abarca no sólo los aspectos clínicos en sentido estricto, sino también aquellos otros necesarios para el desempeño de la profesión: relación médico paciente, dinámica familiar, docencia, investigación, gestión clínica, actividades grupales y comunitarias, trabajo en equipo, etc.

Aunque esta tarea de concretar los componentes competenciales y ponderarlos puede hacerse de nuevo para cada prueba según sea el objetivo de la misma, vamos a referir a continuación a modo de ejemplo el esquema resumen del trabajo realizado en 1995 por la Societat Ca-

talana de Medicina Familiar i Comunitària, que ha servido de base para muchas de las pruebas ECOE realizadas hasta ahora en España:

- A. Atención a la familia-persona 80%
 - Habilidades clínicas básicas 20%
 - a) Anamnesis
 - b) Exploración física
 - c) Informes clínicos
 - Comunicación 12%
 - d) Habilidades comunicativas básicas
 - e) Educación sanitaria (consejo)
 - f) Aspectos éticos de la práctica
 - Habilidades técnicas 7%
 - g) Diagnósticas
 - h) Terapéuticas
 - Manejo 33%
 - i) Plan diagnóstico
 - j) Plan terapéutico
 - k) Plan de seguimiento
 - Atención a la familia 3%
 - Actividades preventivas 5%
- B. Atención a la Comunidad 5%
- C. Docencia 5%
- D. Investigación 5%
- E. Aspectos organizativos 5%

Sería importante continuar esta labor de identificación, desagregación y ponderación de componentes competenciales continuando con el desarrollo de todos los aspectos, de manera que se pusiera de manifiesto el perfil del médico de familia de la manera más completa posible.

4. Instrumentos para la evaluación. Pirámide de Miller

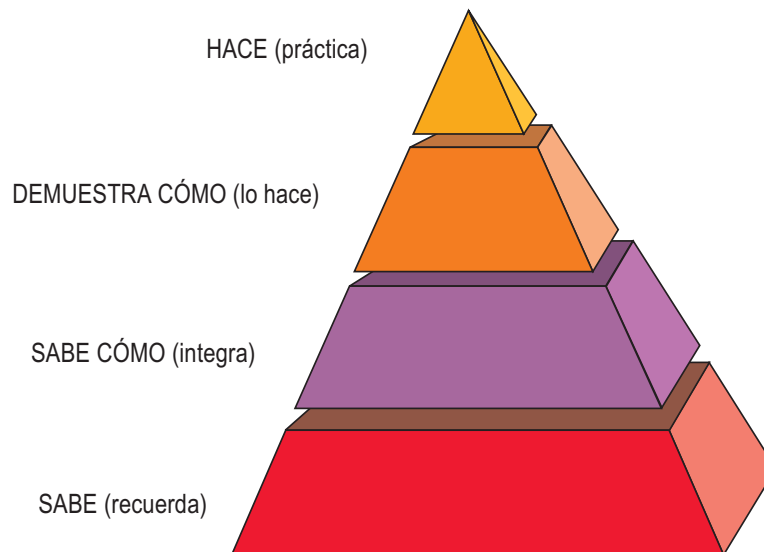
Hay estudios en distintos países acerca de qué instrumentos de evaluación pueden ser los más adecuados para medir diferentes competencias. Pueden clasificarse de diversas maneras:

- Según la manera de exponer los problemas y las respuestas: orales o escritos.
- Si valoran la práctica profesional real o unas pruebas expresamente diseñadas: directos o indirectos.
- Si son más adecuados para valorar conocimientos, habilidades o actitudes.
- Etc.

En todo caso, cualquier método de evaluación debe reunir una serie de requisitos básicos para poder ser

usado: validez, fiabilidad, aceptabilidad, factibilidad, ... Pero hay algo más: nos interesan instrumentos de evaluación que se asemejen a la práctica real, que permitan reflejar o predecir lo más fielmente posible qué comportamiento profesional tiene o va a tener la persona que se evalúa. Por ello, es importante que abarquen no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes.

En 1990, Miller describió mediante una pirámide cuatro niveles de evaluación:



Saber: valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Basado en la memoria.

Saber cómo: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta.

Demostrar cómo: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que se poseen ante una situación similar a la realidad.

Hacer: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

De entre los numerosos métodos o instrumentos evaluativos que se utilizan, es claro que aquellos que se dirijan a la parte alta de la pirámide serán mejores predictores del comportamiento profesional del evaluado. Pero también hay que tener en cuenta el objetivo y las características de esa evaluación. No parece razonable emplear los mismos métodos para, por ejemplo, elegir entre dos candidatos a un puesto de trabajo que para realizar una selección entre miles de candidatos. También el tiempo y los recursos de los que se disponen condicionan los métodos a elegir en cada situación.

Vamos a ver a continuación algunos de los más característicos:

- **Análisis del currículum:** se refiere a las actividades formativas realizadas: asignaturas, prácticas, cursos, etc. Está muy extendido en nuestro medio, siendo utilizado en todos los baremos de méritos. Centrado en los conocimientos adquiridos.
- **Preguntas escritas con respuestas múltiples:** los muy difundidos exámenes tipo test. Miden fundamentalmente el conocimiento de datos aislados.
- **Preguntas escritas cortas de respuesta corta:** relacionadas con una situación clínica concreta que se presenta previamente. Puede combinarse con imágenes. Permiten evaluar conocimientos y habilidades de manejo.
- **Problema del tratamiento del paciente (PMP):** método escrito que, partiendo de una descripción de un problema clínico, va facilitando (mediante etiquetas, fichas,...) los datos que se le piden de anamnesis, exploración y pruebas complementarias a demanda del examinando. Se pueden valorar las estrategias diagnósticas y las decisiones terapéuticas.
- **Imágenes clínicas:** muestran en radiografías, fotografías, transparencias, vídeos, etc. imágenes (dermatológicas, fondo de ojo, tórax, electrocardiograma,...) generalmente para su diagnóstico.

- Exámenes orales tradicionales: dirigidos los conocimientos, aunque permiten explorar la capacidad de relacionarlos.
- Exámenes orales con protocolos estructurados: el examinando va respondiendo a diferentes preguntas que el observador le plantea sobre un caso práctico, siguiendo instrucciones estandarizadas que le permiten ir concatenando las preguntas. Permite evaluar básicamente la capacidad de manejo.
- Maniqués: su utilidad es sobre todo para la evaluación de habilidades técnicas: sutura, intubación, tacto rectal, etc.
- Simulaciones de ordenador: valoran la aplicación de conocimientos y el razonamiento clínico, aunque desprovistos de la relación médico paciente.
- Paciente estandarizado: es un actor (en ocasiones un paciente real) entrenado expresamente para simular ser un paciente en una situación clínica concreta, y estandarizado de manera que siempre presenta los mismos datos de anamnesis y exploración, siguiendo además unas normas predeterminadas para equipa-

rar su manera de comunicarse frente a diferentes examinandos. De gran utilidad para evaluar no sólo el razonamiento clínico, sino también las actitudes, habilidades de relación médico paciente y capacidad de gestión de la consulta.

- Consultas telefónicas: evalúan la capacidad de anamnesis y planes de manejo. Pueden realizarlas pacientes estandarizados o evaluadores entrenados.
- Escalas globales de evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes: son las actuales fichas de evaluación del MIR, dirigidas a valorar la práctica real.
- Revisión de historias clínicas: método directo, de evaluación de un importante indicador de la práctica real.
- Observación de la práctica clínica: mediante un observador directo o, mejor, a través de grabaciones de la consulta. Cada vez más extendido, de gran utilidad para la mejora de la calidad de todas las facetas de la atención.

En la tabla siguiente se representan algunos de estos métodos y el nivel de la pirámide de Miller al que van dirigidos preferentemente:

	I	II	III	IV
ANÁLISIS CURRÍCULUM	++			
PREGUNTAS TEST	++	+		
IMÁGENES CLÍNICAS	++	+		
EXAMEN ORAL ESTRUCTURADO	+	++		
RESPUESTAS CORTAS ESCRITAS	+	++		
PACIENTE ESTANDARIZADO	+	+	++	
SIMULACIÓN EN ORDENADOR	+	+	++	
MANIQUÉS	+	+	++	
OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA REAL		+	+	++
INDICADORES DE LA PRÁCTICA REAL		+		++

5. ECOE

La ECOE es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos y se desarrolla a lo largo de diferentes estaciones que simulan situaciones clínicas.

La potencia de este formato radica en la mezcla de mé-

todos de evaluación, de manera que es capaz de explorar casi todos los niveles de la pirámide de Miller. Obviamente, la cúspide de ésta (lo que se hace en la práctica real) no puede medirse mediante una prueba, sino exclusivamente a través de métodos directos como los descritos anteriormente.

SIN BIBLIOGRAFÍA

Patología psicosocial. La experiencia de un residente de Medicina de Familia

Herrera Ruiz JM ¹

¹ Residente de tercer año. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. Zona Norte I. CS Salvador Caballero.

Tras conocer de primera mano lo que es la Atención Primaria (AP) me interesó hasta el punto de sorprenderme a mí mismo la cantidad de motivos de consulta de índole psicosocial que se tratan a diario en una consulta de AP y que los usuarios plantean vivenciándolos como un problema médico o al menos es a su médico a quien se los confían y depositan en él la esperanza de que se los puedan solucionar.

Tras despertar en mí un interés especial y recibir formación al respecto, comencé a citar en la consulta programada a pacientes que en cierto modo más o menos explícito demandaban soluciones a ese tipo de problemas de características psicosociales. A aquellos que demandaban psicólogo de entrada, sin más pretensiones que la de realizar una evaluación de su problema e intentar hacer una derivación si fuese necesario con criterio y orientación adecuada. Otros en su mayoría mujeres jóvenes entre 20-30 años que manifestaban acúmulos de problemas cotidianos de pareja, trabajo, familiares que no podían resolver por sí mismas y que solicitaban apoyo para poder sobrellevarlos. También alguna que otra madre de familia "tradicional" que presentaba el *Síndrome del Nido Vacío* y que tras cuatro sesiones con tratamiento mixto (apoyo psicológico y farmacológico) cedió la sintomatología.

Pero el caso que más me llamó la atención fue el de una mujer de 43 años que acudía frecuentemente a la consulta con varios motivos de consulta todos ellos inespecíficos, poco sólidos, no objetivables, alguno de ellos síntomas guía de problemas psicosocial o psicossomático, a los que no le encontraba solución alguna y con la consecuente desesperación por parte de los dos, médico y paciente. Tras revisar su historia clínica presenta numerosas consultas por sintomatología guía para lo psicosocial (ce-

faleas tensionales, dolores en cuello, sensación de mareo e inestabilidad, "rayos en regiones bitemporales", molestias inespecíficas en pierna y mano derechas). Así como derivaciones a Neurología con diagnóstico de cefalea tensional, a Traumatología Síndrome Artrósico, a Salud Mental con diagnósticos de Distimia, Trastorno ansioso-depresivo refractario a tratamiento, y que en la última revisión de Salud Mental contemplan el ingreso hospitalario si no mejora la clínica.

Tras estudiar el caso cito a la paciente en la consulta programada explicándole en que van a consistir las entrevistas. Por un lado en el estudio de su clínica somática y por otro en un estudio psicológico de sus rasgos de personalidad y su psicobiografía.

María, la llamaremos así, es una mujer de 43 años de clase media, casada desde hace 26 años y madre de 4 hijos de 25-21-11 y 3 años de edad, ama de casa. Su marido trabaja en el sector del transporte.

En cuanto a su clínica somática refiere tener dolores en pierna, glúteo y brazo y mano del hemicuerpo derecho. Cefaleas de características tensionales, sensación de tensión en cuello, "Algo raro al tragar", parestesias en labios y "ansiedad en el pecho". Dificultad para conciliar el sueño y astenia de larga evolución.

Entrando en temas psicológicos cuenta que se siente incapaz de llevar el día adelante, que el día se le hace larguísimo interminable, que desea que llegue la noche "voy buscando el dormir porque es donde más tranquila estoy". Sale a la luz clínica de características depresivas junto a una autoestima baja: "Estoy tonta, me he quedado atrassada en todo. Tengo la mente atrofiada, se me olvida todo." "Dicen en mi casa que me invento los dolores". Su red social es escasa. Presenta un pequeño grupo de amigas con las que sale y va al gimnasio, aunque últimamente lo hace menos.

En su familia, su hija mayor esta casada y tiene una hija. El resto de la familia vive en casa. La dinámica familiar es

mala debido, según refiere la paciente, a la personalidad meticulosa, "entrometida" y "quisquillosa" del marido. Al parecer, el marido crea innumerables enfrentamientos familiares en casa, con ella y con los hijos mayores, de los cuales la peor relación es con la hija mayor. En el transcurso de las cuatro entrevistas sale la situación de la relación con su pareja y ella, que siempre se muestra muy educada y comedida durante las entrevistas tanto en su compostura y vocabulario, cambia radicalmente su tono de voz y pone de manifiesto su descontento con su relación de pareja. Entre manifestaciones de ira y rabia, cuenta situaciones con su pareja en la que es sometida a un trato machista y dominante, ridiculizaciones en público "Ahí es cuando más se crece". Y un sin fin de situaciones y comentarios en la que ella siempre salía menospreciada y humillada.

María llevo a comentar cosas, que según me refería, nunca las había contado a nadie y sinceramente creo que fue así por la importancia y trascendencia de las manifestaciones que dijo. *"Él desde siempre ha sido así, pero ahora esta peor, muy quisquilloso, se mete en todo, insostenible, me controla hasta si plancho bien las camisas y si no están dobladas por igual monta... Nunca ha tenido a bien que me saque el carné de conducir. Creo que me case muy pronto, hay que conocer más gente. Yo creo que esperaría a encontrar a mi media naranja. Si volviera... eso del casamiento estaba de más. Yo solo he participado en el primer hijo. Donde voy a ir yo ya, habrá que aguantar lo que me echen."*

Conforme iban transcurriendo las entrevistas cada vez hablábamos menos de la sintomatología que motivó la consulta y se centraba en su estado de ánimo y en su relación de pareja. En las posibilidades que hubiera tenido si hubiera estudiado magisterio que era lo que le hubiera gustado, en la posibilidad de tener un trabajo que le diera independencia económica para poder criar a sus hijos sobre todo los más pequeños. En la ilusión de tener un trabajo de telefonista porque a ella le gusta hablar.

Por mi cabeza pasaban sentimientos de sorpresa, de asombro y a la vez de rabia e impotencia al ver a aquella mujer de 40 años derrumbada, destrozada, que se sentía inútil para realizar cualquier cosa, incluso para criar a su hija de 3 años, Todo ello a causa de lo que al parecer había sido un matrimonio erróneo, que se había cronificado en el tiempo, y viciado en la relación hasta anular a María. Llevarla hasta el punto de originar una clínica depresiva y a acudir al centro de salud, al especialista y al servicio de urgencias por somatizaciones de lo que

es un problema psicosocial que reside en una mala relación de pareja y una mala dinámica familiar.

¿Que pasará por la cabeza de esa mujer durante el día y gran parte de la noche que sin hipnótico no consigue conciliar el sueño? ¿Que cantidad de sentimientos frustrados, que cantidad de desilusiones, que cantidad de sinsabores no llevará esa mujer a sus espaldas durante tanto tiempo para que su persona se escinda de esa manera hasta el punto de llegar a somatizar todas esas tensiones y llevarla una y otra vez a la consulta demandando solución y remedio a problemas que no tienen base orgánica sino que son consecuencia de su mala dinámica familiar y del conflicto con su pareja? Conflicto que quizás roce el maltrato psíquico. ¿Cómo podemos esperar que esa mujer mejore de su sintomatología si la causa que parezca originarla no está a nuestro alcance? No es un problema médico, desde el punto de vista biologicista de la medicina, sino que es un problema de pareja, un problema social para el que todavía no se ha inventado la pastilla del bienestar psíquico y social, aunque tengamos cada día más en nuestra consulta problemas de esta índole a los que o no sabemos o no podemos dar soluciones, salvo prestar un pequeño apoyo para que al menos nuestros pacientes lo sobrelleven lo mejor que puedan.

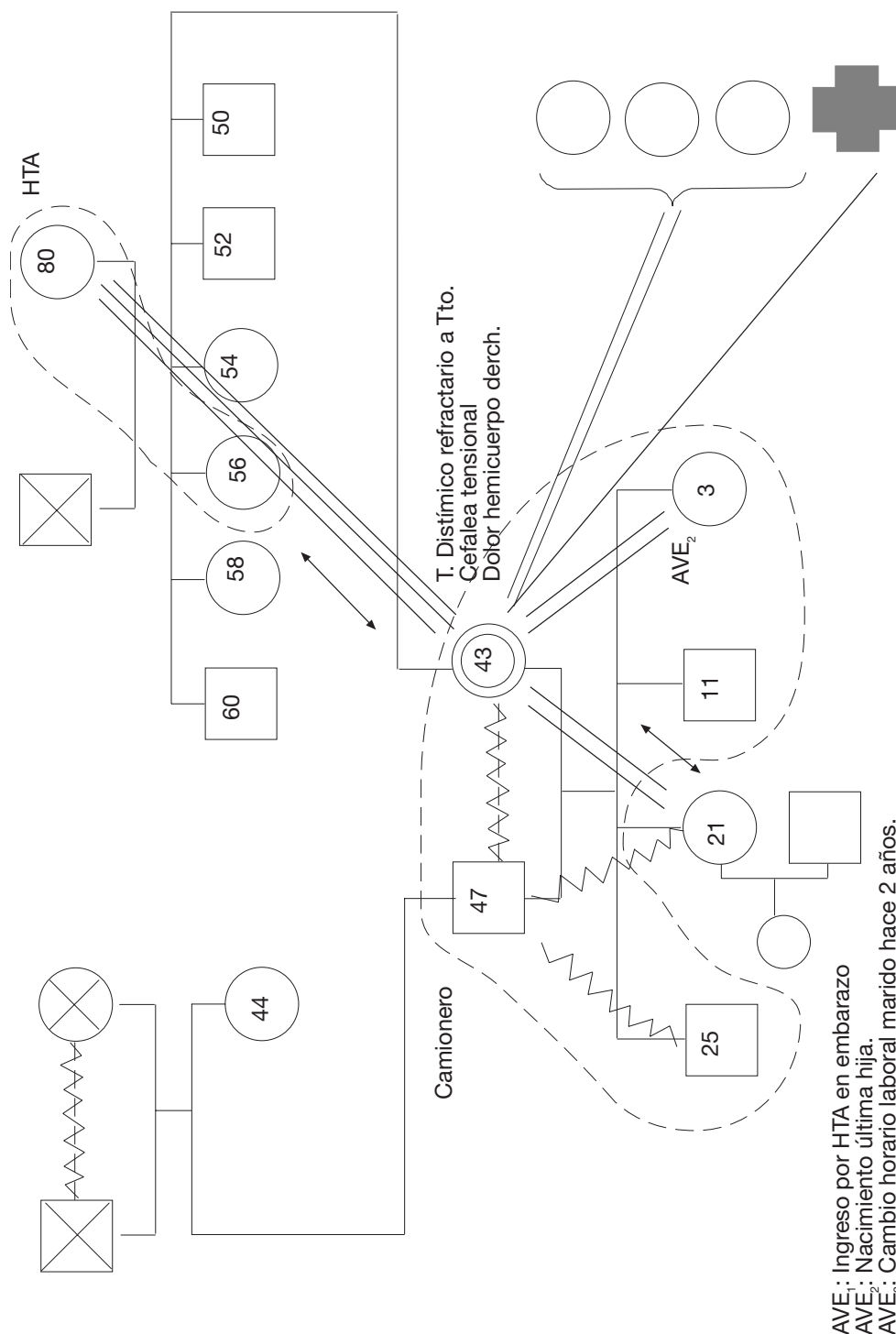
El problema de María encuadraría perfectamente con el concepto de *problema de género* en la mujer ya que encaja en la clasificación de "mujer tradicional" con todo lo que esto conlleva: poca o nula autonomía, dedicación total a la prole y al cuidado de la familia, roles de feminidad y eminentemente dirigidas por el mundo de los sentimientos.

Y repasando el caso pensaba, ¿como puedo yo ayudar a esta mujer a salir de ese tormento? Dificil situación. Creo que la solución no la tenemos nosotros. En todo caso la tendría ella y probablemente es la que todos habréis pensado ya. Pero esa no es nuestra misión. Nuestra objetivo es, si acaso, el ponerla en disposición para que reflexione y se de cuenta, para que tenga la suficiente fuerza para tomar una decisión que para otros parecería muy sencilla y sobre todo ofrecerle el apoyo necesario para que sobrelleve sus problemas

Seguro que con un mayor grado de autonomía personal, autoestima e independencia socioeconómica aliviaría en gran medida su problema y su clínica.

Afortunadamente las cosas están cambiando rápido, pero al parecer no todo lo que debieran.

(Se adjunta genograma).



Genograma: Familia nuclear estadio IV del ciclo vital familiar. Existe una repetición de patrón familiar de comportamiento similar en la familia paterna de origen.

AVE₁: Ingreso por HTA en embarazo. Al parecer no deseado. La paciente tiene que ser ingresada para estudio y control de la HTA durante el embarazo.

AVE₂: Nacimiento última hija. Le ha supuesto una "carga extra" a la paciente el tener que criar una hija más.

AVE₃: Cambio horario laboral marido hace 2 años. El marido comienza a trabajar de noche en transportes y pasa más tiempo en casa con lo que aumentan los conflictos de la pareja.

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2001)

Alonso Morales F, Barbero NB, Cuevas N, Fernández Fernández I, Gálvez Alcaraz L, García T, Guerrero García FJ, Jiménez López AM, Lahoz Rallo B, Manteca González AM, Martínez Larios B, Mejías López ME, Requena Ramos JM, Rodríguez Pappalardo V, Rosado Bello I, Sánchez García C

Médicos de Familia.

Los artículos, publicados entre el 1 de julio de 2001 a 30 de septiembre de 2001, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada una de las cuales aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2, o más, epígrafes.

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

Entre corchetes, tras cada una de las referencias bibliográficas, aparece el tipo de estudio, según la clasificación que se expone a continuación, y separado por una coma, el grado de interés del artículo según la opinión del revisor.

TIPO DE ESTUDIO.

- (AO) Artículo de opinión / editoriales / comentarios.
- (R) Revisiones no sistemáticas.
- (C) Cualitativo
- (T) Observacional descriptivo transversal
- (CC) Observacional analítico de Casos y Controles
- (S) Observacional analítico de Seguimiento / Cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas
- (GPC) Guía de Práctica Clínica

GRADO DE INTERÉS:

- Alto: I.
- Muy alto: II.
- Imprescindible: III.

ÁREAS DE INTERÉS:

MEDICINA DE FAMILIA/ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Incluye: APS_bases conceptuales, medicina de familia_profesión, ejercicio profesional, enfermería, trabajo social, trabajo en equipo, relaciones interniveles, psicología, sociología, antropología.

Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 259-262. [T, I].

Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *BMJ* 2001; 323: 187-90. [M, I].

Webb E, Shankleman J, Evans MR, Brooks R. The health of children in refuges for women victims of domestic violence: cross sectional descriptive survey. *BMJ* 2001; 323: 210-213. [T, I].

Thompson WT, Coppes ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture conscience and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 728-731 [C, I].

Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Quality study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323: 432-435. [C, I].

Rhoades D; McFarland K; Holmes Finch W; Johnson A. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001;33:528-532 [T, I].

Elwyn G, Edwards A, Eccles M, Rovner D. Decision analysis in patient care. *Lancet* 2001; 358: 571-574. [R, I].

Rajaratnam S, Arendt J. Health in a 24-h society. *Lancet* 2001; 358: 999-1005 [R, I].

Landon BE, Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D. Personal, organizational, and market level influences on physicians' practice patterns: results of a national survey of primary care physicians. *Med Care* 2001;39:889-905 [T, I].

Smith RC, Gardiner JC, Armatti S, Johnson M, Lyles JS. Screening for high utilizing somatizing patients using a prediction rule derived from the management information system of an HMO: a preliminary study. *Med Care* 2001; 39: 968-978 [EC, II].

Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-177 [T, II].

RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye: tabaco, dislipemias, hipertensión, obesidad, ejercicio físico, nutrición / dietética.

Rao G. Carvedilol reduced mortality and hospitalization in severe chronic heart failure. *ACP Journal Club* 2001; 135: 85-88 [EC, I].

Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med* 2001; 135: 98-107 [S, II].

Jafar TH, Schmid CH, Landa M, Giatras I, Toto R, Remuzzi G et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and progression of non-diabetic renal disease. A meta-analysis of patient level data. *Ann Intern Med* 2001; 135: 138-139 [M, II].

Ridker PM, Danesh J, Youngman L, Collins R, Stampfer MJ, Peto R et al. A prospective study of Helicobacter pylori seropositivity and the risk for future myocardial infarction among socioeconomically similar U.S. men. *Ann Intern Med* 2001; 135:184-188 [CC, II].

Tovillas FJ, Dalfó A, Romea S, Sisó A, Senar E, Miracle M. Morbilidad cardiovascular y su relación con la hipertrofia ventricular izquierda

- da de una cohorte de pacientes hipertensos: estudio Gotic. *Aten Primaria* 2001; 28: 315-319. [S, I].
- Pocock SJ, McCormack V, Gueyffier F, Boutitie F, Fagard RH, Boissel JP on behalf of the indana project steering committee. A score for predicting risk of death from cardiovascular disease in adults with raised blood pressure based on individual patient data from randomised controlled trials. *BMJ*; 2001;323: 75-81 [M,II].
- Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battergay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ* 2001; 323: 142-146 [CC, II].
- Tod AM, Read C, Lacey A, Abbott J. Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 214-217 [C,I].
- Bive L, Lang E, McMurray J JV, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323:715-718 [EC,II].
- Channon K. Current Management of symptomatic atrial fibrillation. *Drugs* 2001;61: 1425-1437 [R,I].
- Paluzie G, Sans S, Balañá L, Puig T, González-Sastre F, Balaguer-Vintró I. Tendencias seculares del tabaquismo según el nivel educativo entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña. *Gac Sanit* 2001; 15: 303 - 311 [T,I].
- Bonet A, Gosalbes V, Fito M, Navarro J. Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001; 15: 327-335 [T, II].
- Gerstein HC, Mann JF, Yi Q, Zinman B, Dinneen SF, Hoogwerf B et al. Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. *JAMA* 2001;286: 421-426 [S, II].
- Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, Tokai K, Muro T, Yoshiyama M et al. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286: 436-441 [S, I].
- Mukherjee D, Nissen SE, Topol ES. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 Inhibitors. *JAMA* 2001; 286: 954-959 [R, I].
- Gum PA, Thamilarasam M, Watarabe J, Blackstore EH, Lauer MS. Aspirin use and all-cause mortality among patients being evaluated for known or suspected coronary artery disease. *JAMA* 2001; 286:1195-1200. [S, II].
- Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW et al. peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001; 286: 1317-1324 [EC, I].
- MacMahon S, Neal B, Tzourio C, Rodgers A, Woodward M, Cutler J et al. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-1041 [EC,I].
- Williams GC, Deci EL. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Med Care* 2001;39:813-23 [CC,I].
- Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine Use. *N England J Med* 2001; 345:351-358 [AO,I].
- Chobanian AV. Control of hypertension. An important national priority. *N Engl J Med* 2001; 345:534-535 [AO,I].
- Petersson U, Kjellström T. Thyroid function tests, serum lipids and gender interrelations in a middle-aged population. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:183-185 [CC,II].
- Lawrence JM, Bennett P, Young A, Robinson AM. Screening for diabetes in general practice: cross sectional population study. *BMJ* 2001; 323:548-551 [T,II].
- The Diabetes Atorvastatin Lipid Intervention (DALI) Study Group. The effect of aggressive versus standard lipid lowering by atorvastatin on diabetic dyslipidemia: the DALI study: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with type 2 diabetes and diabetic dyslipidemia. *Diabetes Care* 2001; 24: 1335-1341 [EC, I].
- Peters EJ, Lavery LA. International Working Group on the Diabetic Foot. Effectiveness of the diabetic foot risk classification system of the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes Care* 2001; 24: 1442-1447 [S, II].
- Hillier TA, Pedula KL. Characteristics of an adult population with newly diagnosed type 2 diabetes: the relation of obesity and age of onset. *Diabetes Care* 2001; 24: 1522-1527 [T, I].
- Gerber RA, Cappelleri JC, Kourides IA, Gelfand RA. Treatment satisfaction with inhaled insulin in patients with type 1 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2001; 24: 1556-1559 [EC, I].
- Tabaei BP, Al-Kassab AS, Ilag LL, Zawacki CM, Herman WH. Does microalbuminuria predict diabetic nephropathy? *Diabetes Care* 2001; 24: 1560-1566 [S, II].
- Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Cavaliere doN, Di Nardo B, et al. The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: An urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care* 2001; 24: 1870-1877 [T, II].
- Isomaa B, Henricsson M, Almgren P, Tuomi T, Taskinen MR, Groop L. The metabolic syndrome influences the risk of chronic complications in patients with type II diabetes. *Diabetologia* 2001; 44: 1148-1154 [T, I].
- Albright TL; Parchman M; Burge SK. Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: An RRNeST study. *Fam Med* 2001;33:354-360 [S,II].
- Sutherland JE, Hoehns JD, O'Donnell B, Wiblin RT. Diabetes management quality improvement in a Family Practice Residence Program. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:243-251 [S, I].
- Gerstein HC, Mann JF, Yi Q, Zinman B, Dinneen SF, Hoogwerf B et al. Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. *JAMA* 2001;286: 421-426 [S, II].
- Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2001; 286:1218-1227 [M, II].
- Scheid DC, McCarthy LH, Lawler FH, Hamm RM, Reilly KEH. Screening for microalbuminuria to prevent nephropathy in patients with diabetes: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2001; 50:661-668 [M, II].
- Hueston WJ, Scibelli S, Mainous AG. Use of microalbuminuria testing in persons with type 2 diabetes: are the right patients being tested? *J Fam Pract* 2001; 50:669-673 [S, I].
- Owens DR, Zinman B, Bolli GB. Insulins today and beyond. *Lancet* 2001; 358: 739-746 [R,I].
- Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797 [S,II].

DIABETES.

- Costa B. Consignas para la prevención de la diabetes tipo 2 en atención primaria de salud. El dilema del estado prediabético. *Aten Primaria* 2001; 28: 193-200. [R,II].

CÁNCER. Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.

- Tramer MR, Carrol D, Campbell FA, Reynolds DJM, Moore RA, Mcquay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001; 323: 16-21 [M,I].

Baxter N. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001;164: 1837-1846 [R,II].

Nutting PA, Baier M, Werner JJ, Cutter G, Conry C, Stewart L. Competing demands in the office visit: what influences mamography recommendations? *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:352-361 [T, I].

Macht SD, Kanzler MH, Mraz-Gernhard S. Depth of Excision of Melanomas. *JAMA* 2001; 286: 167-168 (AO, I).

Michaud DS, Giovannucci E, Willet WC, Colditz GA, Stampfer MJ, Fuchs Ch S. Physical activity, obesity, height, and the risk of pancreatic cancer. *JAMA* 2001; 286: 921-929 (S, II).

Emery J, Lucassen A, Murphy M. Common hereditary cancers and implications for primary care. *Lancet* 2001; 358: 56-63 [R,I].

Atkinson MA, Einsenbarth GS. Type 1 diabetes: new perspectives on disease pathogenesis and treatment. *Lancet* 2001; 358: 221-229 [R,I].

Green JA, Kirwan J M, Tierney J F, Symonds P, Fresco L, Collingwood M et al. Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2001; 358: 781-786 [M,I].

Evans D G R, Lallou F, Shenton A, Boggis C, Howell A. Uptake of screening and prevention in women at very high risk of breast cancer. *Lancet* 2001; 358:889-890 [R,I].

Modan B, Hartge P, Hirsh-Yechezkel G, Chetrit A, Lubin F, Beller U, et al. Parity, oral contraceptives, and the risk of ovarian cancer among carriers and noncarriers of a BRCA1 or BRCA2 mutation. *N Engl J Med* 2001; 345:235-240. [CC,I].

INFECCIOSAS. Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.

Murphy EL, Collier AC, Kalish LA, Assmann SF, Para MF, Flanigan TP et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Ann Intern Med* 2001; 135: 17-26 [S,I].

Gupta K, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Ann Intern Med* 2001; 135: 41-50 [R,II].

Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Patient-initiated treatment of uncomplicated recurrent urinary tract infections in young women. *Ann Intern Med* 2001; 135: 51-2 [EC,I].

Rea TD, Russo JE, Katon W, Ashley RL, Buchwald DS. Prospective study of the natural history of infectious mononucleosis caused by Epstein-Barr virus. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:234-242 [S, I].

Goldschmidt RH. Treatment of AIDS and HIV-related conditions: 2001. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:283-309 [R, II].

Bruce MG, Rosenstein NE, Capparella JM, Shutt KA, Perkins BA, Collins M. Risk factors for meningococcal disease in college students. *JAMA* 2001; 286: 688-693. [S, II].

Lavery JV, Boyle J, Dickens BM, Maclean H, Singer PA. Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study. *Lancet* 2001; 358: 362-367 [C,I].

Lauer GM, Walker BD. Medical progress: hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001; 345:41-52 [AO, I].

Edlin BR. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Eng J Med* 2001; 345:211-214 [AO,I].

ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:

Holt S, Suder A, Weatherall M, Cheng S, Shirtcliffe P, Beasley R. Dose-response relation of inhaled fluticasone propionate in adolescents and adults with asthma: meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 253-256 [M,II].

Redington A. Step one for asthma treatment. B-2 agonist or inhaled corticosteroids? *Drugs* 2001; 61: 1231-1238 [R,I].

Elkington H, White P, Higgs R, Pettinari CJ. GPs' views of discussions of prognosis in severe COPD. *Fam Pract* 2001;18:440-444 [T, I].

Compton CH, Gubb J, Nieman R, Edelson J, Amit O, Bakst A et al. Cilomilast, a selective phosphodiesterase-4 inhibitor for treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised, dose-ranging study. *Lancet* 2001; 358: 265-270 [EC,I].

SALUD MENTAL. Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).

Hotopf M. Psychological therapy reduced depression earlier (4 months) but at 1 year was not better than usual general-practitioner care. *ACP journal Club.* 2001; 135: 28-30 [EC,I].

Peveler R. A depression-management program reduced depression in frequent users of health care but did not reduce health care visits. *ACP Journal Club* 2001; 135: 48-51 [EC,I].

Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician* 2001; 64: 641-648,651-652 [AO,I].

Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 135: 32-40 [T,I].

Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 259-262 [T, I].

Schilte AF, Portegijs PJM, Blankenstein AH, Van der Horst H, Latour MBF, Van Eijk JTHM, Knotterus JA. Randomised controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *BMJ* 2001;323:86-89 [EC II].

Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001; 323: 153-158 [EC,I].

Scott S, Spencer Q, Doolan M, Jacobs B, Asplan H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001; 323: 194-198 [EC, I].

Walraven CV, Mandami MM, Wells PS, Williams JI. Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323: 655-8 [S,II].

Coid J, Petrukevith A, Feder G, Chung WS, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-454 [T,I].

Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001;39:705-715 [T, I].

Smith RC, Gardiner JC, Armatti S, Johnson M, Lyles JS, Given CW et al. Screening for high utilizing somatizing patients using a prediction rule derived from the management information system of an HMO: a preliminary study. *Med Care* 2001;39:968-978 [EC, II].

Edlin BR. Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *N Engl J Med* 2001; 345:211-214 [AO,I].

Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular Complications of Cocaine Use. *N Engl J Med* 2001; 345:351-358. [AO,I].

SALUD LABORAL.

ENFERMEDADES / PROBLEMAS PREVALENTES:

- Swagarty DL, Hellinger D. Radiographic assesment of osteoarthritis. *Am Fam Physician* 2001; 64: 279-286 [AO,II].
- Bedinghaus JM, Niedfeldt MW. Over-The-Counter foot remedies. *Am Fam Physician* 2001; 64: 791-796;803-804 [AO,I].
- Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 28: 320-325 [T,I].
- Weijnen CF, Numans MF, Dewit NJ, Smout AJPM, Moons KGM, Verheij TJM, et al. Testing for helicobacter pylori in dyspeptic patients suspected of peptic ulcer disease in Primary Care: cross sectional study. *BMJ* 2001; 323: 71-75 [T,I].
- Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review. *BMJ* 2001; 323: 81-85 [M, I].
- Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001; 50:589-594 [EC, I].
- Scheidtmann K, Fries W, Muller F, Koenig E. Effect of levodopa in combination with physiotherapy on functional motor recovery after stroke: a prospective, randomised, double-blind study. *Lancet* 2001; 358:787-790 [EC,I].
- Dwight-Johnson M, Unutzer J, Sherbourne C, Tang L, Wells KB. Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? *Med Care* 2001;39:934-944 [T,I].
- Granstein RD. New treatments for psoriasis. *N Engl J Med* 2001; 345:284-287 [AO, I].
- Allredge B, Gelb A, Isaacs M, Corry M, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2001; 345:696-697 [T,I].
- Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001; 358: 903-911 [R,I].

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA:

- Smith DS. Health care management of adults with Down syndrome. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1031-1038, 1039-10340 [AO,I].

MEDIOS DIAGNÓSTICOS:

- Swagarty DL, Hellinger D. Radiographic assesment of osteoarthritis. *Am Fam Physycian* 2001; 64: 279-286 [AO,II].
- Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001;164: 1837-1846 [R,II].

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

- Leung A.KC, Chan KW Evaluating the child with purpura. *Am Fam Physician* 2001; 64: 419-429 [AO,II].
- Woods SE, Raju U. Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: a cohort study. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:330-334 [S, I].
- Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care* 2001;39:990-1001 [S,I].

MUJER Y SALUD. Incluye: Planificación Familiar, embarazo, Aborto, Menopausia, mujer y medicina.

- Janowsky EC. Review: Insufficient evidence exists for screening mammography in women 40 to 49 years of age. *ACP Journal Club* 2001; 135: 63-65 [M,II].
- Spencer JP, González LS, Barnhart DJ. Medications in the breast-feeding mother. *Am Fam Physician* 2001; 64: 119-126 [AO,II].
- Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone use and secondary prevention of coronary events in the nurses health study a prospective, observational study. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1-8 [S,II].
- Scuteri A, Bos AJ, Braut LJ, Talbot L, Lakatta EG, Fleg JL. Hormone replacement therapy and longitudinal changes in blood pressure in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 2001; 135: 229-238 [S,III].
- Warner P, Critchley HOD, Lumsden MA, Campbell-Brown M, Douglas A, Murray G. Referral for menstrual problems: cross sectional survey of symptoms, reasons for referral and management. *BMJ* 2001; 323: 24-28 [T,I].
- Kemmeren JM, Alegria A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 131-134 [M, II].
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J, on behalf of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-260 [S,I].
- Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001;323:476-479 [S,I].
- Murray E, Davis H, Tai SS, Culter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ* 2001; 323: 490-493 [EC,II].
- Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, Grant AM. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 323: 593-596 [EC,II].
- Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001; 164: 1837-1846 [R,II].
- Little P, Griffin S, Dickson N, Sadler C. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions. *Fam Pract* 2001;18:449-453 [S,I].
- Woods SE, Raju U. Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: a cohort study. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:330-334 [S, I].
- Nutting PA, Baier M, Werner JJ, Cutter G, Conry C, Stewart L. Competing demands in the office visit: what influences mammography recommendations? *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:352-361 [T, I].
- Stanwood GD, Levitt P, Singer LT, Arendt RE, Delaney-Black V, Ovington CY et al. Prenatal Cocaine Exposure as a Risk Factor for later Developmental outcomes. *JAMA* 2001; 286: 45-47 [AO, I].
- Villareal DT, Binder EF, Willians DB, Schecthman KB, Yarasheski KE, Kohrt WM. Bone mineral density response to estrogen replacement in frail elderly women. *JAMA* 2001; 286: 815-820 [EC, II].
- Owen J, Yost N, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA* 2001; 286: 1340-1348 [S, II].
- Evans D G R, Lallou F, Shenton A, Boggis C, Howell A. Uptake of screening and prevention in women at very high risk of breast cancer. *Lancet* 2001; 358:889-890 [R,I].

Modan B, Hartge P, Hirsh-Yechezkel G, Chetrit A, Lubin F, Beller U, et al. Parity, oral contraceptives, and the risk of ovarian cancer among carriers and noncarriers of a BRCA1 or BRCA2 mutation. *N Engl J Med* 2001; 345:235-240 [CC,I].

Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797 [S,II].

ANCIANOS:

Gill TM, Desai MM, Gahbauer EA, Holford TR, Williams CS. Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants, and health care utilization. *Ann Intern Med* 2001; 135: 374-376 [S,II].

Walraven CV, Mandami MM, Wells PS, Williams JI. Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323: 655-658 [S,II].

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:719-725 [M,II].

Parle JV, Maisonneuve P, Sheppard MC, Boyle P, Franklyn J. Prediction of all-cause and cardiovascular mortality in elderly people from one to serum thyrotropin result: a 10-year cohort study. *Lancet* 2001; 358: 861-865 [S,I].

URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

Mansfield CJ, Price J, Frush KS, Dallara J. Pediatrics emergencies in the office: are family physicians as prepared as pediatricians? *J Fam Pract* 2001; 50:757-761 [T, I].

TERAPÉUTICA: Incluye: farmacología, adherencia al tratamiento, cuidados paliativos y tratamiento del dolor, calidad de las prescripciones.

Naumann M, Lowe NJ, on behalf of the Hyperhidrosis Clinical Study Group. Botulinum toxin type A in treatment of bilateral primary axillary hyperhidrosis: randomised, parallel group, double blind, placebo controlled trial. *BMJ* 2001, 323:596-599 [EC,I].

Mackenzie K, Millar A, Wilson JA, Cameron S, Deary IJ. Is voice therapy an effective treatment for disphonia? A randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 323: 658-661 [EC,I].

Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battergay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ* 2001; 323: 142-146 [CC, II].

Goldschmidt RH. Treatment of AIDS and HIV-related conditions: 2001. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:283-309 [R, II].

Spencer JP, González LS, Barnhart DJ. Medications in the breast-feeding mother. *Am Fam Physician* 2001; 64: 119-126 [AO,II].

Colgan R, Powers JH. Appropriate antimicrobial prescribing: approaches that limit antibiotic resistance. *Am Fam Physician* 2001; 64: 999-1004 [AO,II].

Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Van Rompay MI, Walters EE, Wilkey SA et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med* 2001; 135: 262-268 [S,I].

Pascual L, Portaceli A, Ros A. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;28:185-187 [S,II].

Segú JL, Zara C. Impacto y aplicabilidad del sistema de precios de referencia. *Aten Primaria* 2001; 28: 340-348 [R,I].

Campbell FA, Tramer MR, Carrol D, Reynolds DJM, Moore RA. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A quality systematic review. *BMJ* 2001; 323: 13-16 [M,I].

Tramer MR, Carrol D, Campbell FA, Reynolds DJM, Moore RA, Mcquay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001; 323: 16-21 [M,I].

Kemmeren JM, Alegria A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 131-134 [M, II].

Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battergay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ* 2001; 323: 142-146 [CC, II].

Walraven CV, Mandami MM, Wells PS, Williams JI. Inhibition of serotonin reuptake by antidepressants and upper gastrointestinal bleeding in elderly patients: retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323: 655-658 [S,II].

Redington A. Step one for asthma treatment. B-2 agonist or inhaled corticosteroids? *Drugs* 2001; 61: 1231-1238 [R,I].

Channon K. Current management of symptomatic atrial fibrillation. *Drugs* 2001;61: 1425-1437 [R,I].

Elkington H, White P, Higgs R, Pettinari CJ. GPs' views of discussions of prognosis in severe COPD. *Fam Pract* 2001;18:440-444 [T,I].

Bonet A, Gosalbes V, Fito M, Navarro J. Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001; 15: 327 - 335 [T, II].

Goldschmidt RH. Treatment of AIDS and HIV-related conditions: 2001. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:283-309 [R, II].

Rexrode KM, Buring JE, Glynn RJ, Stampfer MJ, Youngman LD, Gaziano M. Analgesic use and renal function in men. *JAMA* 2001; 286: 315-321 [S, II].

Owens DR, Zinman B, Bolli GB. Insulins today and beyond. *Lancet* 2001; 358: 739-746 [R,I].

FitzGerald GA, Patrono C. The coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. *N Engl J Med* 2001; 345:433-442 [S,II].

Aldredge B, Gelb A, Isaacs M, Corry M, Allen F, Ulrich S et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2001; 345:696-697 [T,I].

ENTREVISTA CLÍNICA:

Tunzi M. Can the patient decide? evaluating patient capacity in practice. *Am Fam Physician* 2001; 64: 299-306 [AO,I].

ATENCION FAMILIAR:

Muñoz F, Martín ML, Vivancos D, Blanca F, Rodríguez T, Ruiz M. Mejora en la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. *Aten Primaria* 2001; 28: 241-248. [S,III].

ACTIVIDADES COMUNITARIAS. Incluye: encuestas de satisfacción, todo lo relacionado con los usuarios.

Icart MT, Icart MC, Pulpón AM, Mena J, Garcia AM, Carrés L. Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios. *Aten Primaria* 2001; 28: 263-268 [T,II].

Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *BMJ* 2001; 323: 187-90 [M,I].

Scott S, Spencer Q, Doolan M, Jacobs B, Asplan H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ* 2001; 323: 194-8 [EC, I].

Kersnik J; Svab I; Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-177 [T,II].

DOCENCIA. Incluye: pregrado, postgrado, formación medica continuada, metodología docente.

Grad R; Macaulay AC; Warner M. Teaching evidence-based medical care: description and evaluation. *Fam Med* 2001;33:602-606 [T,II].

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Tod AM, Read C, Lacey A, Abbott J. Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 214-217 [C,I].

Sáez M. El problema de las medidas repetidas. Análisis longitudinal en epidemiología. *Gac Sanit* 2001; 15: 347 - 352 [AO, I].

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS.

Grad R; Macaulay AC; Warner M. Teaching evidence-based medical care: description and evaluation. *Fam Med* 2001;33:602-606 [T,II].

PREVENCIÓN.

Janowsky EC. Review: Insufficient evidence exists for screening mammography in

women 40 to 49 years of age. *ACP Journal Club* 2001; 135: 63-65 [M,II].

Costa B. Consignas para la prevención de la diabetes tipo 2 en atención primaria de salud. El dilema del estado prediabético. *Aten Primaria* 2001; 28: 193-200 [R,II].

Pocock SJ, McCormack V, Gueyffier F, Boutitie F, Fagard RH, Boissel J-P on behalf of the indana project steering committee. A score for predicting risk of death from cardiovascular disease in adults with raised blood pressure based on individual patient data from randomised controlled trials. *BMJ*; 323: 75-81 [M,III].

Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Quality study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323: 432-435. [C,I].

Tabaei BP, Al-Kassab AS, Ilag LL, Zawacki CM, Herman WH. Does microalbuminuria predict diabetic nephropathy? *Diabetes Care* 2001; 24: 1560-1566 [S, II].

Little P, Griffin S, Dickson N, Sadler C. Unwanted pregnancy and contraceptive knowledge: identifying vulnerable groups from a randomized controlled trial of educational interventions *Fam Pract* 2001;18:449-453 [S,I].

Evans D G R, Lallou F, Shenton A, Boggis C, Howell A. Uptake of screening and prevention in women at very high risk of breast cancer. *Lancet* 2001; 358:889-890 [R,I].

MacMahon S, Neal B, Tzourio C, Rodgers A, Woodward M, Cutler J et al. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033-1041 [EC,I].

Ramsey SD, Cheadle AD, Neighbor WE, Gore E, Temple P, et al. Relative impact of patient and clinic factors on adherence to primary care preventive service guidelines: an exploratory study. *Med Care* 2001;39:979-89 [T,I].

Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001; 345:790-797 [S,II].

Hostetter TH. Prevention of end-stage renal disease due to type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2001; 345:910-912 [AO,II].

EVALUACIÓN / GARANTÍA DE CALIDAD.

Lawrence JM, Bennett P, Young A, Robinson AM. Screening for diabetes in general practice: cross sectional population study. *BMJ* 2001; 323:548-51 [T,II].

Baxter N. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* 2001;164: 1837-1846 [R,II].

Tingle LE; Lambert CT. Comparison of a family practice teaching service and a hospitalist model: costs, charges, length of stay, and mortality. *Fam Med* 2001;33:511-515 [T,II].

Rhoades D; McFarland K; Holmes Finch W; Johnson A. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001;33:528-532 [T,I].

Sutherland JE, Hoehns JD, O'Donnell B, Wiblin RT. Diabetes management quality improvement in a Family Practice Residence Program. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14:243-251 [S, I].

Scheid DC, McCarthy LH, Lawler FH, Hamm RM, Reilly KEH. Screening for microalbuminuria to prevent nephropathy in patients with diabetes: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2001; 50:661-668 [M, II].

Hueston WJ, Scibelli S, Mainous AG. Use of microalbuminuria testing in persons with type 2 diabetes: are the right patients being tested? *J Fam Pract* 2001; 50:669-673 [S, I].

Kersnik J; Svab I; Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-177 [T,II].

BIOÉTICA:

Lavery JV, Boyle J, Dickens BM, Maclean H, Singer PA. Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study. *Lancet* 2001; 358: 362-367 [C,I].

Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. *Am Fam Physician* 2001; 64: 299-306 [AO,I].

PLANIFICACIÓN / GESTIÓN.

Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 2001;39:705-715 [T, I].

Tod AM, Read C, Lacey A, Abbott J. Barriers to uptake of services for coronary heart disease: qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 214-217 [C,I].

Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Quality study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001; 323: 432-435. [C,I].

Bonet A. Gosalbes V. Fito M. Navarro J. Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001; 15: 327 - 335 [T, II].

INFORMÁTICA.

OTRAS.

Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 28: 320-325 [T, I].

Macfarlane GJ, McBeth J, Silmen AJ. Widespread body pain and mortality: prospective population based study. *BMJ* 2001; 323:662-665 [T,I].

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 6

ECG paciente varón con palpitaciones

Páramo Rodríguez E¹, Martínez Larios B¹

¹ Residentes de tercer año, Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia de Granada. Zona Sur I.

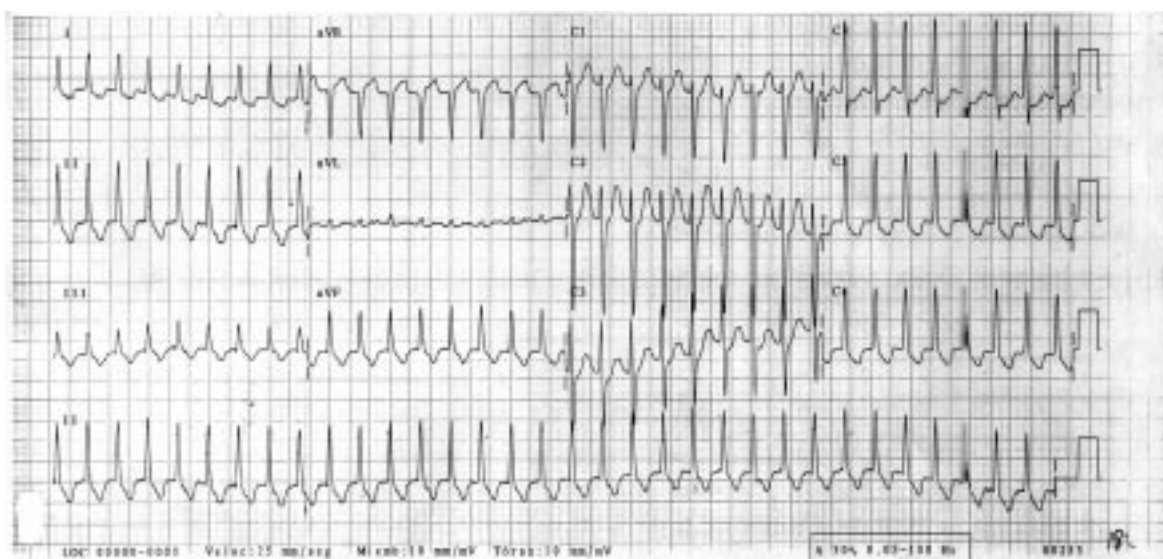


Figura 1

Se trata de un paciente varón de 43 años, fumador de 2 paquetes/día, que había sido estudiado hacía 3 años en consulta de cardiología por una arritmia valorada previamente en urgencias. Tras el estudio con holter prueba de esfuerzo e isótopos no se le indicó tratamiento específico. Desde entonces refiere episodios de taquicardias esporádicas de corta duración que cedían sin medicación.

En esta ocasión el paciente acude al servicio de urgencias del hospital porque sufre un episodio de palpitaciones que en esta ocasión no ceden espontáneamente. Este episodio es más duradero e intenso que los anteriores. El inicio de la taquicardia fue igual que anteriores ocasiones precedido de una sensación de que "le daba un vuelco el corazón" y comenzó a notar las palpitaciones. A su llegada al servicio de urgencias del hospital pre-

sentaba una taquicardia a 198 lpm (fig.1) bien tolerada hemodinámicamente y sin dolor torácico, ni disnea, de QRS estrecho (<0,12 seg) que se intentó revertir con maniobras vagales (masaje seno carotídeo), que no fueron efectivas.

A continuación se inició tratamiento con Adenocor® con una primera dosis de 3 mg. Con eso se consiguió abrir la taquiarritmia pero no fue del todo efectivo. Seguidamente se administró un bolo de 6 mg de Adenosina lo que hizo que pasara a una taquicardia sinusal a 120 lpm (fig. 2)

Seguidamente se administraron 20 mg de tranxilium® i.v. y tras su estancia en observación el paciente fue dado de alta en ritmo sinusal a 72 lpm, para estudio en la unidad de arritmias de nuestro hospital.

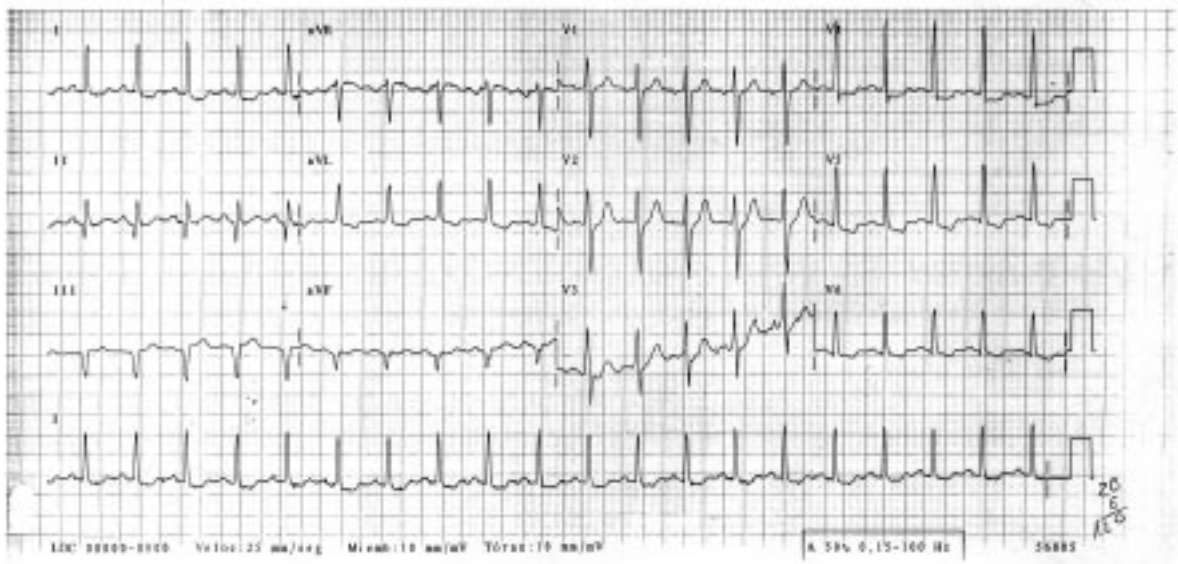


Figura 2

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Fibrilación Auricular
2. Síndrome de Wolf-Parkinson-White
3. Taquicardia sinusal
4. Ritmo idioventricular acelerado (RIVA)
5. Taquicardia Nodal

(Respuestas razonadas en el próximo número)
Remitir las respuestas al correo electrónico: revista@samfyc.es
o a: **Revista Medicina de Familia. Andalucía**
¿Cuál es su diagnóstico?
Calle Arriola 4, bajo - 18001 Granada

Comentarios a cuál es su diagnóstico (del vol. 2, núm. 3)

(Medicina de Familia (And) 2001; 2: 268)

Solución: 4. Placas y pápulas pruríticas y urticariformes del embarazo

Esta enfermedad, de etiología desconocida, que afecta con más frecuencia a primigrávidas jóvenes, suele aparecer al final del embarazo entre las 35 y 39 semanas de gestación. Diversos autores también la denominan erupción polimorfa del embarazo y sostienen que podría tratarse de una reacción alérgica de tipo tardío. Tiene una incidencia de 1/200 embarazos, si bien se ha visto un aumento de la incidencia en embarazos múltiples, al parecer en relación con un aumento de la distensión abdominal. Es conocida también su asociación con aumentos excesivos de peso en el embarazo. No se han encontrado alteraciones hormonales significativas.

Clínica

Pápulas y placas eritematosas y edematosas, intensamente pruriginosas, que comienzan sobre las estrías de tensión abdominales que se muestran muy rojas, junto con lesiones excoriadas por el rascado. Aparecen en abdomen y se extienden a piernas, nalgas, brazos y caras laterales del tronco, respetando la región periumbilical. Asimismo están respetadas cara, palmas y plantas.

Histopatología

Los hallazgos son totalmente inespecíficos: infiltrado linfocitario e histiocitario perivascular en dermis superficial papilar y reticular. En ocasiones se puede observar eosinófilos, espongiosis y paraqueratosis. Los tests de inmunofluorescencia directa son usualmente negativos, aunque en algunos casos se han detectado depósitos de C3 en vasos dérmicos.

Evolución

Autoresolutiva tras el parto. Esta entidad puede recurrir en los sucesivos embarazos y parece existir una morbili-

dad fetal, aunque diversos autores niegan la posibilidad de recurrencias y de afectación materna y fetal. No suele recurrir con anticonceptivos orales.

Tratamiento

El tratamiento es exclusivamente sintomático. En ocasiones puede ser necesario la inducción del parto.

- Sistémico: Glucocorticoides (20-40 mg de prednisona/día), en casos graves.
Antihistamínicos
- Tópico: Lociones de zinc
Ictiol al 5%
Glucocorticoides a bajas concentraciones

Diagnostico diferencial

– **Herpes gestationis:** también denominado Penfigoide gestationis. Aparece en el último trimestre del embarazo. Cura espontáneamente pero puede recidivar en embarazos subsiguientes. Tiene una incidencia de 1/5000 a 1/10000 embarazos. La patogénesis se explica por un depósito de autoanticuerpos de clase Ig G denominado factor HG. Estos anticuerpos se pueden traspasar por vía placentaria, lo que explica que pueda producirse un parto prematuro. Pueden estar implicados factores hormonales. Se han dado casos de herpes gestationis que se han visto precipitados por anticonceptivos orales, coriocarcinoma o mola hidatiforme.

Clínica: Máculas urticariformes, ampollas y vesículas tensas en región periumbilical y en zona distal de todas las extremidades. Puede afectarse pecho, cara, palmas y plantas. Sólo en un 20% de los casos pueden llegar a afectarse las mucosas. En determinadas ocasiones hay sintomatología general, debilidad y fiebre. Existe eosinofilia periférica en un 50% de los casos. El 10% de los recién nacidos tienen una erupción similar a la de la madre pero se resuelve en el curso de varias semanas.

Anatomía Patológica: formación de ampollas subepidérmicas. Infiltrado inflamatorio en dermis superficial con predominio linfoide y eosinófilos. Inmunofluorescencia: fijación lineal homogénea de Ig G e Ig A. Depósito de C3.

Evolución: la enfermedad se exacerba en el parto y se produce involución de la misma, 2-3 semanas después del parto. Se produce muerte fetal o parto prematuro en el 30% de los casos. Hay un elevado riesgo de padecer Enfermedad de Graves.

– **Prúrigo gestacionis:** Erupción cutánea intensamente pruriginosa que aparece en el 2º trimestre del embarazo. Las lesiones alcanzan su máxima intensidad durante el último mes y se consideran como lesiones de Prúrigo simple subagudo en el embarazo. Se da en un 2% de los embarazos. La causa es desconocida. Para algunos autores supone una manifestación atópica durante el embarazo. Se cree debido a colestasis inducida por estrógenos.

Clínica: seropápulas infiltradas con halo rojo, prontamente excoriadas por el rascado, estrechamente agrupadas, que predominan en las superficies extensoras de las extremidades y en ocasiones en el tronco. En una minoría de los casos se objetivan alteraciones en las pruebas de función hepática, que pueden acompañarse de ictericia. Los tests serológicos y los hallazgos histopatológicos no son específicos, mostrando un infiltrado de células inflamatorias crónicas en la dermis superior con cambios ocasionales en la epidermis. La inmunofluorescencia es negativa. El pronóstico materno y fetal es excelente, el peso de nacimiento normal y la enfermedad usualmente se resuelve en el posparto, pero recurre en posteriores embarazos.

– **Eritema multiforme:** enfermedad exudativa aguda que se produce como una reacción alérgica de naturaleza característica con una gran variedad de posibles causas (infecciones, fármacos, tumores, enfermedades del tejido conectivo). Afecta principalmente a varones de edades comprendidas entre los 10 y los 30 años de edad. Se produce como consecuencia de un estado hiperérgico de la piel..

Clínica:

- Forma menor: Herpes iris de Bateman. Se empiezan a desarrollar en la mayoría de los casos en el dorso de las manos.
- Forma mayor:
 - Lesiones cutáneas: Superficies extensoras de las extremidades y región glútea. A menudo se afectan las áreas flexurales.
 - Lesiones mucosas: Superficies erosionadas extensas con formación de ampollas que se rompen cubriéndose de costra serosanguinolenta negruzca y fisuras. La apertura de la boca y la alimentación son extremadamente dolorosas y determinan sangrado.
 - Afectación ocular: conjuntivitis.

- Manifestaciones generales: debilidad, cefalea y fiebre alta. En las formas graves se pueden desarrollar complicaciones debidas a bronconeumonía, afectación renal con hematuria.....

Puede existir ligero prurito. Cuando se desarrollan ampollas y erosiones, éstas pueden ser dolorosas.

Histopatología: infiltrado perivascular linfocítico en dermis superior. Extravasación eritrocitaria. En el centro existe una degeneración hialina y vacuolar de la epidermis inferior y membrana basal con acumulo de queratinocitos necróticos. En IFD pueden existir depósitos perivasculares de inmunoglobulinas y fracciones del complemento

– **Impétigo herpetiforme:** Eritema y pustulosis muy extensa con síntomas constitucionales graves que pueden llegar a determinar la muerte del paciente. En determinadas ocasiones se asocia a una alteración funcional de las paratiroides. Aparece en la segunda mitad del embarazo y puede recidivar en cada embarazo siguiente y con la toma de anticonceptivos. Puede aparecer tras el parto o tras una tiroidectomía. Algunos autores apuntan que se trata de una psoriasis latente previa en forma de psoriasis pustulosa generalizada, desencadenada por un déficit de PTH en el embarazo.

Clínica: las áreas más afectadas son tronco y flexuras. Se desarrollan pústulas diseminadas y agrupadas de forma densa sobre áreas eritematosas de color rojo brillante, que desarrollan descamación periférica en collarete. Puede existir hiperpigmentación secundaria. Si sigue evolucionando puede dar lugar a una eritrodermia exfoliativa. Puede afectarse la cavidad oral con presencia de áreas puntiformes de color blanco-grisáceo en el epitelio. Hay un síndrome constitucional. Puede haber signos de hipoparatiroidismo (signos de Chvostek y Trousseau) e insuficiencia renal. La VSG puede estar alta. Puede existir disproteinemia, leucocitosis neutrofílica y, a menudo, en el transcurso de la enfermedad, déficit de hierro. Presenta una apreciable morbilidad fetal.

Bibliografía

1. Sasseville D. Dermatoses of pregnancy. Int J Dermatol 1981; 20: 223.
2. Nurse DS. Prurigo of pregnancy. Australian J Dermatol 1968; 9: 258.
3. Winton GB, Lewis CW. Prurigo of pregnancy. J Am Acad Dermatol 1968; 6: 997.
4. Brufon C. Eritema Polimorfo. Piel 1991; 6: 321-9.
5. Guillén Barona C, Bottela Estrada R, Sanmartín Jiménez O. Manual de enfermedades de la piel. Valencia: EGRAF S.A; 1993
6. Atlas de Dermatología clínica. Anthony du Vivier. Barcelona: Ed Mosby/Doyma; 1995.
7. Sherard GB 3rd, Atkinson SM. Focus on primary care: pruritic dermatological conditions in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2001; 56: 427-32.
8. Elling SV, McKenna P, Powell FC. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy and multiple pregnancies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14: 378-81.

Actividades Científicas

- ❑ **XIII CONGRESO DE LA SAMFYC**
Córdoba, 16, 17, 18 de mayo de 2002
Fecha límite de remisión de comunicaciones: 31 de marzo.
<http://www.samfyc.es>

- ❑ **XXII CONGRESO DE LA SEMFYC**
Madrid, 22-23 de noviembre de 2002

- ❑ **VII ESCUELA DE VERANO DE LA SEMFYC**
Murcia, 1-5 de julio de 2002
<http://www.samfyc.es>

- ❑ **CONFERENCIA REGIONAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMILIA (WONCA).**
LONDRES 2-6 Junio 2002
<http://www.rcgp.org.uk>
e-mail: jaustin@rcgp.org.uk

- ❑ **TERCERA CONFERENCIA EUROPEA SOBRE TABACO O SALUD**
Varsovia, 20-22 de junio de 2002
<http://www.ectoh2002.org>
e-mail: scientific@ectoh2002.org

OPORTUNIDADES DE TRABAJO EN INGLATERRA

El departamento de salud inglés, en colaboración con el Ministerio de Salud y Consumo español, desea contratar médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y de especialidades hospitalaria.

Información: lissa.perteghella@fco.gov.uk
[raquel™mackillop.fsnet.co.uk](mailto:raquel@mackillop.fsnet.co.uk)

Información para los autores

Para una información más detallada pueden consultar:

1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/> o también:

<http://www.cica.es/aliens/samfyc/revista.htm>

2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 104-110.

Medicina de Familia. Andalucía es una revista médica especialmente dirigida a los médicos de familia andaluces y a todos aquellos otros profesionales sanitarios de ámbito nacional o internacional que puedan verse reflejados en los contenidos de nuestra publicación. La revista da una especial bienvenida a los originales en lengua hispana provenientes de América Latina.

La revista cuenta con las siguientes secciones:

Originales. Se incluyen trabajos de investigación clínica y epidemiológica o sobre aspectos organizativos que sean de gran interés para el médico de familia según la línea editorial de la revista. La extensión máxima del texto será de 5.000 palabras. Se admitirá hasta un total de 6 tablas y/o figuras.

Los originales podrán ser clasificados como **originales breves**. Se incluirán en esta categoría trabajos de suficiente interés, que precisen una más rápida publicación. La extensión máxima será de 3.500 palabras. Se admitirá un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 10 referencias bibliográficas.

Cartas al director: pretende servir como foro en donde comentar los artículos publicados o para dar a conocer brevemente experiencias de interés en el campo de la atención primaria. Su extensión será de 1000 palabras como máximo, el número de referencias bibliográficas será de un máximo de 6, y el número de autores de 4. Todos los autores deben firmar el contenido de la carta.

¿Cuál es su diagnóstico?: En él se expone, de manera breve y acompañado de algún tipo de soporte gráfico, un caso clínico cuya resolución se presenta argumentada en el siguiente número.

Otras secciones: La revista cuenta con otras secciones (editoriales, publicaciones de interés, actividades científicas, artículos de revisión, temas a debate, área docente, el espacio del usuario, sin bibliografía). Su redacción suele ser por encargo del consejo de redacción. Los interesados en colaborar a título individual pueden contactar con miembros del consejo de redacción, o consultar las normas editoriales en el número 0 de la revista en nuestra página Web.

NORMAS PARA LOS ORIGINALES:

Los artículos remitidos a la sección de *Originales* deberán someterse a la siguiente ordenación:

A. Resumen: Su extensión máxima será de 250 palabras y mínima de 150. En él quedarán reflejados todos los apartados del original, de manera que el trabajo pueda ser comprendido sin necesidad de leer el artículo completo.

Estará dividido en los siguientes subapartados:

Título del trabajo: en él se mencionarán las variables más importantes así como la población de estudio.

Objetivo: Identificará de forma clara y precisa el propósito del estudio. Si hubiese más de un objetivo se señalará el principal.

Diseño: Clasificará el estudio en el marco de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos.

Emplazamiento: o ámbito en el que se ha llevado a cabo el trabajo (Centro de Salud, Hospital, interniveles, población general, etc.)

Población y muestra: Características de la población, así como criterios de selección y características de la muestra.

Intervenciones: Descripción de las actividades llevadas a cabo tendientes a satisfacer los objetivos del estudio.

Resultados: Se aportarán los principales resultados del trabajo, derivados de los objetivos y de la metodología empleada, con mención de los intervalos de confianza y nivel de significación estadística, cuando proceda.

Conclusiones: Se derivarán directamente de lo expuesto en la sección de *resultados*. Puede ser de interés resaltar su significación en la práctica cotidiana del médico de familia.

Palabras clave: Se harán constar aquellas que los autores emplearon para su revisión bibliográfica en el *Index Medicus*. Aparecerán, por tanto, en inglés con su traducción al castellano. Su número oscilará entre 3 y 5.

B. Artículo completo:

Introducción: Debe explicar muy brevemente el fundamento del trabajo y al final explicitar claramente los objetivos del mismo. Citar sólo aquellas referencias estrictamente necesarias.

Sujetos y Métodos: Debe describir la población en la que se ha llevado a cabo el trabajo, así como una descripción de los métodos de muestreo, aparatos y procedimientos, con una precisión que permita reproducir el estudio a otros investigadores. Se justificarán los métodos estadísticos utilizados. Alguna información metodológica de gran interés puede incluirse como anexo.

Resultados: Exponen los datos extraídos del estudio sin ningún tipo de valoración por parte de los autores. Pueden presentarse en el texto o a modo de tablas y/o figuras. En el texto se resumirán los resultados más importantes de las tablas y/o figuras.

Discusión: No deben repetirse en detalle los resultados. Se comentarán los resultados a la luz de la metodología empleada, comentando los sesgos más relevantes, y de los resultados obtenidos por otros autores tanto nacionales como internacionales. La discusión y las conclusiones deben basarse estrictamente en los propios resultados.

Agradecimientos: Podrán reconocerse: a) contribuciones que justifican agradecimiento pero no autoría, b) ayuda técnica, c) apoyo material o financiero, especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan provocar conflicto de interés.

Bibliografía: Se presentará según el orden de aparición en el texto con su numeración correlativa. En el texto la numeración de la cita aparecerá entre paréntesis. El nombre de las revistas aparecerá utilizando las abreviaturas que aparecen en el *Index Medicus* (<http://nlm.nih.gov>).

Tablas y/o gráficos: Deben ser autoexplicativas, es decir, deben poder comprenderse sin recurrir al texto. Se aclararán todas las iniciales empleadas.

Anexos: Se incluirán aquellos considerados por los autores.

Ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

A. Artículos de revista

A.1. Artículo de revista ordinario.

Seis o menos autores: Enumere todos los autores. Vega KJ, Pina L, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Enumere los primeros seis autores y añada la expresión «et al.». Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006.

Organización como autor: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

No se indica el nombre del autor: Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med* 1994;84:15.

Suplemento de un volumen: Shcn HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de un número: Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Sernin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2): 89-97.

Sin número ni volumen: Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993; 325-33.

Indicación del tipo de artículo, según corresponda. Enzensberger W, Fischer PA. Metronomie in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996;347: 1337.

Clement L, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

En prensa: Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med* (En prensa).

B. Libros y otras monografías

Individuos como autores: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores («editores»), compiladores como autores: Norman IJ, Redfern SI, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Organización como autor y editorial: Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Capítulo de libro: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Lara BIH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Libros de ponencias y comunicaciones a congresos: Kimura L, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 15th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

C. Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect.* URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Última actualización: junio 1999.

CONSEJO DE REDACCIÓN. El Consejo de redacción acusará recibo de los trabajos enviados con asignación de un número para su identificación. Se reserva el derecho de rechazar los originales recibidos o pro-

poner modificaciones cuando lo considere necesario. El consejo de redacción no se hace responsable del material rechazado, una vez que esta decisión sea comunicada a los autores.

Se usarán siempre folios tamaño DIN A4 escritos por una sola cara, a uno o dos espacios.

Utilizar letra Times New Roman 12 cpi.

Si se utilizan notas, se recogerán al final del texto (no a pie de página).

No usar texto subrayado. Sí puede usarse la negrita y cursiva.

No usar tabuladores ni espacios en blanco al inicio de cada párrafo.

No dejar espacios de separación entre párrafos mayores de un *enter*

Empezar cada sección en una página nueva con la siguiente secuencia: Página de título, resumen y palabras clave, texto más agradecimientos (si procede), bibliografía, tablas y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), figuras y sus correspondientes leyendas (cada una en una página), anexos. El conjunto del trabajo debe incluirse, a ser posible en un solo archivo.

El título del trabajo figurará también en la página del Resumen.

El trabajo se acompañará de una carta dirigida al Consejo de Redacción, a la siguiente dirección:

**Revista Medicina de Familia. Andalucía
SAMFyc
C/ Arriola 4, Bajo
18001 Granada**

Dicha carta deberá cumplir los siguientes requisitos (en la página Web (núm. 0 de la revista) puede encontrarse una carta modelo):

- Deberá ir necesariamente firmada por todos los autores con indicación de su DNI o pasaporte. El hecho de remitir el trabajo a nuestra revista implica la aceptación de todas las normas de la misma y del quinto informe de 1997 de los *Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas* o sus sucesivas actualizaciones.
- En ella se hará constar que se trata de un artículo original y que no ha sido remitido para su publicación a ninguna otra editorial. En los *originales* se harán constar los posibles conflictos de interés y la aceptación por parte del comité de ética del organismo del que depende la investigación.
- Los trabajos se remitirán: original y tres copias de alta calidad, más soporte informático (Word). Todas las páginas irán numeradas, empezando con el número 1 en la página del título. Pegado al *diskette* figurará el título del artículo y el nombre del primer autor. En la carta se hará mención a que el *diskette* se remite libre de virus indicando el nombre y fecha de la última actualización del antivirus utilizado.
- En la carta los autores indicarán la idoneidad de la publicación en un apartado concreto de la revista. En la misma carta defenderán las, a su juicio, principales aportaciones de su trabajo al quehacer profesional de los médicos de familia.
- En folio aparte (página del título) se adjuntará: el título del trabajo, autores, centro de trabajo de cada uno de ellos, dirección postal, número de teléfono, número de Fax y dirección electrónica para correspondencia.
- Se guardará copia de todo el material remitido para publicación.

En caso de serle devuelto el trabajo a los autores con sugerencia de correcciones, éstos dispondrán de 15 días naturales para hacer llegar las oportunas correcciones, en caso contrario, su publicación no quedará asegurada.

MEDICINA DE FAMILIA . ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

(Boletín de Suscripción) (*)

Nombre o razón social:

Calle/Plaza: n.º

C.P.: Ciudad: Provincia:

País:

NIF: | | | | | | | | | |

Datos profesionales:

Año licenciatura: Especialidad:

Cursa residencia en MF (si/no): Año de inicio:

Situación laboral (plaza fija, interino, sustituto, desempleo):

Medio (Urbano, Rural, Mixto):

- Sí, deseo suscribirme a la revista «Medicina de Familia. Andalucía», al precio de: suscripción anual para España: 36 euros. Ejemplar suelto: 12 euros. Suscripción anual para la Unión Europea: 40 euros; resto de países: 50 euros. Los precios incluyen el IVA, pero no las tasas de correos.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA (sólo en España)

(*) Los miembros de SAMFyC reciben gratis la revista.

Banco/Caja de Ahorros:

Domicilio sucursal: n.º

Población: C.P.: Provincia:

N.º de cuenta: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

entidad

sucursal

D.C.

n.º cuenta

..... a de de

Firma del Titular

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que le sean presentados al cobro por Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.

Tarjeta de Crédito
VISA (16 dígitos)

| | | | | | | | | | | | | | | |

Firma:

Caducidad: mes año

Titular:



Remitir a: **REVISTA MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA**
c/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 Granada (España)