

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 5, número 1, febrero 2004

Editorial

- 7 Guía terapéutica.

El espacio del usuario

- 9 Responsabilidad social ante el problema de las enfermedades raras.

Originales

- 11 Brote de gastroenteritis aguda por virus *Norwalk-Like* en una residencia de ancianos.
16 ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?
27 Evaluación del riesgo de diarreas agudas en lactantes.
31 Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano.
35 Perfil lipídico y síntomas en pacientes con hipotiroidismo subclínico.

Artículo de revisión

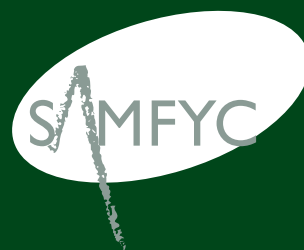
- 41 Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria.

49 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 54 Disnea subaguda en paciente no fumador.

57 Actividades Científicas



Hubo anuncio



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 5, N.º 1, febrero 2004

Sumario

Editorial

- 7 Guía terapéutica.

El espacio del usuario

- 9 Responsabilidad social ante el problema de las enfermedades raras.

Originales

- 11 Brote de gastroenteritis aguda por virus *Norwalk-Like* en una residencia de ancianos.
16 ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?
27 Evaluación del riesgo de diarreas agudas en lactantes.
31 Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano.
35 Perfil lipídico y síntomas en pacientes con hipotiroidismo subclínico.

Artículo de revisión

- 41 Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria.

49 Publicaciones de Interés

¿Cuál es su diagnóstico?

- 54 Disnea subaguda en paciente no fumador.

57 Actividades Científicas



Official Publication of the
Andalusian Society of Family
and Community Medicine

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Medicina de Familia (And) Vol. 5, N.º 1, february 2004

Contents

Editorial

- 7 Therapeutical guide.

The Consumer's Corner

- 9 Social Responsibility when Confronting Problems Posed by Rare Diseases.

Original Articles

- 11 Outbreak of Acute Gastroenteritis caused by Norovirus in a residential institution for the elderly.
16 Do Drug-Dependent Inmates Participating in a "Free from Drugs Program" in Prison have Adequate Social and Family Support?
27 Evaluating the risk of acute diarrhea among infants.
31 Risk factors, probabilities, causes and consequences involved in falls among the elderly.
35 Lipid profiles and symptoms in patients with subclinical hypothyroidism.

Review Article

- 41 Therapeutical Management of Xerostomia (Dry Mouth) in Primary Care.

49 Publications of Interest

Which is Your Diagnosis?

- 54 Subacute Dyspnea in a Non-smoking Patient.

57 Scientific Activities



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Juan Manuel Espinosa Almendro

Secretaria

Amparo Ortega del Moral

Vicepresidente Económico

Pablo García López

Vicepresidente Primero

Reyes Sanz Amores

Vicepresidente Segundo

Antonio Javier Zarallo Pérez

Vicepresidente Tercero

Santiago Gascón Veguin

Vocal Investigación

Francisca Leiva Fernández

Vocal Docencia

Epifanio de Serdio Romero

Vocal de Comunicación

José Manuel Cabrera Rodríguez

Vocal de Formación Continuada

Pablo García López

Vocal de Residentes

Enrique Gavilán Moral

Vocal Provincial Málaga:	José Manuel Navarro Jiménez	<i>e-mail: navarrojnez10@teletel.es</i>
Vocal Provincial Jaén:	Eduardo Sánchez Arenas	<i>e-mail: esanchez13@hotmail.com</i>
Vocal Provincial Almería:	José Galindo Pelayo	<i>e-mail: jpelayo@larural.es</i>
Vocal Provincial Granada:	Francisco José Guerrero García	<i>e-mail: franguerrero@yahoo.com</i>
Vocal Provincial Cádiz:	Manuel Lubián López	<i>e-mail: mlubian@ono.com</i>
Vocal Provincial Córdoba:	José N. García Rodríguez	<i>e-mail: jngarciar@navegalia.com</i>
Vocal Provincial Sevilla:	M ^a Angeles Mon Carol	<i>e-mail: angelsmon@hotmail.com</i>
Vocal Provincial Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	<i>e-mail: jeparedes10@teletel.es</i>

Patronato Fundación

Juan Manuel Espinosa Almendro	Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López	Juan de Dios Alcántara Bellón
Manuel Lubián López	Reyes Sanz Amores
Antonio Zarallo Pérez	Amparo Ortega del Moral
Santiago Gascón Veguin	

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/nueva/revista/portada.html>

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 de redacción

Manuel Gálvez Ibáñez
Pablo García López
Francisca Leiva Fernández

Consejo editorial

Cristina Aguado Taberné. *Córdoba.*
Juan de Dios Alcántara. *Sevilla.*
José Manuel Aranda Regúlez. *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.*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga.*
Isabel Fernández Fernández. *Sevilla.*
Bernabé Galán Sánchez. *Córdoba.*
Luis Gálvez Alcaraz. *Málaga.*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada.*
Pablo García López. *Granada.*
José Manuel García Puga. *Granada.*
José María de la Higuera González. *Sevilla.*
Blanca Lahoz Rayo. *Cádiz.*
José Lapetra Peralta. *Sevilla.*
José Gerardo López Castillo. *Granada.*
Luis Andrés López Fernández. *Granada.*
Begoña López Hernández. *Granada.*
Fernando López Verde. *Málaga.*
Manuel Lubián López. *Cádiz.*
Antonio Llergo Muñoz. *Córdoba.*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada.*
Teresa Martínez Cañavate. *Granada.*
Eduardo Mayorral Sánchez. *Sevilla.*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz.*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga.*
Gertrudis Odriozola Aranzábal. *Almería.*
M.ª Ángeles Ortiz Camúñez. *Sevilla.*
Maximiliano Ocete Espínola. *Granada.*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada.*
Luis Pérula 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.*
Juan Tormo Molina. *Granada.*
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

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.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>
<http://www.samfyc.es> e ir a «revista»
e-mail: revista@samfyc.es
samfyc@samfyc.es
Webmaster: Carlos Prados Arredondo

Secretaría Comercial

Los contenidos publicitarios de esta revista serán gestionados por: Srta. Encarnación Figueredo, C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España). Tfno: 958 804 201/02.

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr. 368/2000

Copyright:

Fundación Revista Medicina de Familia. Andalucía.
C.I.E.: 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

Edita: Comares, S.L.

Información para suscripciones

Medicina de Familia. Andalucía aparecerá publicada con una periodicidad trimestral. El precio de la suscripción anual para España es de 36 Euros. Ejemplar suelto: 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: +34 958 804 202.

EDITORIAL

Guía terapéutica

García López P¹

¹ Médico de Familia. C.S. Cartuja (Granada)

En las últimas décadas asistimos a una verdadera explosión en cuanto a la aparición de nuevos medicamentos de gran eficacia. El enorme volumen de información generada nos plantea problemas a la hora de seleccionarla, interpretarla y matizarla con espíritu crítico y clínico. En este contexto la existencia de una buena guía terapéutica que favorezca la toma de decisiones en la prescripción y disminuya el exceso de variabilidad en la práctica clínica es una necesidad.

Existen ciertas controversias por parte de expertos en cuanto a la necesidad y pertinencia de las guías, aunque el consenso es general cuando éstas reúnen ciertos requisitos, que se mencionan brevemente a continuación.

Las propuestas deben de estar **Basadas en Pruebas/ evidencias científicas**, y la fuerza de las recomendaciones deben de graduarse en función del peso de dichas «evidencias».

Estas pruebas proceden mayoritariamente de los ensayos clínicos que están diseñados para comparar diferentes fármacos entre si y no tanto para conocer a qué alternativa farmacológica responderán mejor los pacientes que se encuentran en la práctica clínica. Por tanto, el innegable valor de las pruebas/evidencias científicas tiene que ser matizado con nuestro punto de vista clínico y nuestro sentido común. Tampoco olvidemos el hecho de los ensayos «huérfanos».

Además, quienes han participado en la elaboración de la guía terapéutica han podido constatar hasta que punto se carece de pruebas científicas y en qué medida existen más incertidumbres que certezas. El análisis de la información disponible es un excelente ejercicio para reflexionar sobre las necesidades y las prioridades de investigación sobre terapéutica farmacológica en todos los ámbitos.

Para entender lo que es una guía terapéutica hay que leerla (leerla bien) y entender que la «evidencia» científica en la que se basa es un método probabilístico, cabiendo la posibilidad que un paciente que cumpla los criterios del ensayo clínico no responda y la elección nos lleve a un fracaso terapéutico, puesto que «las recomendaciones pueden ser erróneas» para algunos pacientes (algo inherente a la metodología).

Por tanto, hay que tomar la guía terapéutica como una **ayuda**, dejándonos espacio para ajustar las circunstancias del paciente al tratamiento.

A la hora de implantarlas **no** deben de ser percibidas como **imposición**, ni mucho menos se deben de utilizar como arma de poder. Hay que distinguir lo que es una guía farmacoterapéutica o **formulario** (de obligado cumplimiento) de lo que es una guía terapéutica (orientativa).

En cuanto a la elaboración de una Guía es importante la participación un **equipo multidisciplinar**, y cuantos mas **profesionales clínicos** mejor. Cuanto mayor sea su implicación mayor será el grado de aceptación y utilización por ellos (nosotros).

Las guías tienen una asignatura pendiente siempre que es su **Actualización** periódica para no convertirse en un producto caduco en un periodo corto de tiempo.

La Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia de la SEMFyC nació como complemento de la Guía de Actuación en Atención Primaria que recoge los 400 problemas de salud motivos de consulta más frecuentes en AP, proponiendo para cada uno de ellos el fármaco, o tratamiento no farmacológico, de elección y señalando las circunstancias que aconsejarían alterar esta primera elección.

Para los fármacos priorizados se señala el grado de recomendación según el nivel de evidencia científica que apoya su elección.

En el prólogo de la Guía se expone la metodología seguida para seleccionar los fármacos (priorizados según criterios de eficacia, seguridad, pertinencia y coste).

En la mayoría de los problemas de salud se señalan aspectos prácticos en el manejo de los tratamientos indicados. Para los fármacos propuestos en la Guía se muestran los efectos indeseables y contraindicaciones así como un conjunto de comentarios útiles sobre sus características y forma de uso.

La obra fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinario compuesto por el comité editorial, consultores y colaboradores, a los que felicitamos por el esfuerzo de síntesis.

sis y reflexión crítica sobre la terapéutica farmacológica para los problemas de salud en atención primaria.

En definitiva nuestra Sociedad nos aporta a los Médicos de Familia una Guía Terapéutica con criterios de calidad y credibilidad que supone una herramienta de enorme utilidad para poder prescribir medicamentos de forma razonada (aplicando las pruebas/evidencias científicas a la práctica clínica).

Los retos que quedan, aparte de medir la efectividad (importante proyecto de investigación), son la actualización y la difusión.

La nueva edición aparecerá este año, lo que supone una actualización en papel a los dos años de su aparición. Además estará terminada próximamente la versión digi-

tal de la Guía, que facilitará las correcciones y su divulgación.

Desde la SAMFyC hemos impulsado la difusión de la obra consiguiendo que el Servicio Andaluz de Salud adquiriera un ejemplar para cada facultativo de atención primaria. Asimismo, pronto la versión digital de la Guía podrá formar parte de los sistemas de ayuda a la prescripción en proyecto Diraya.

Otras Sociedades Federadas han apreciado nuestra iniciativa y están llegando a acuerdos similares con los servicios de salud de sus respectivas Comunidades Autónomas.

Espero que «nuestra» Guía Terapéutica se convierta en un referente que nos ayude en el complejo proceso de la prescripción.

AGRADECIMIENTOS A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2003

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 2003. Su trabajo constituye sin duda un *valor añadido* a la revista.

MARÍA FRANCISCA ALBARRACÍN
CRISTINA AGUADO TABERNE
JOSÉ MANUEL ÁRANDA REGULEZ
EMILIA BAILÓN MUÑOZ
MARIBEL BALLESTA RODRÍGUEZ
RAFAEL CASTILLO CASTILLO
JOSÉ A. CASTRO GÓMEZ
MARÍA DOLORES DE LA HOZ
JUAN MANUEL ESPINOSA ALMENDRO
FRANCISCO EXTREMERA MONTERO
LUÍS GÁLVEZ ALCARAZ
I. JAVIER MORATA GARCÍA DE LA PUERTA
JOSÉ MANUEL GARCÍA PUGA
BLANCA LAHOZ RALLO
FRANCISCA LEIVA FERNÁNDEZ
EDUARDO MAYORAL SÁNCHEZ
MARÍA ÁNGELES ORTIZ CAMUÑEZ
JUAN ORTIZ ESPINOSA
FRANCISCO PADILLA RUIZ
LUIS PERULA DE TORRES
DANIEL PRADOS TORRES
FRANCISCO RAMOS DÍAZ
FRANCISCO SUÁREZ PINILLA
ISABEL TORAL LÓPEZ
JUAN TORMO MOLINA
AMELIA VALLEJO LORENCIO
FRANCISCO J. VARELA RUIZ

EL ESPACIO DEL USUARIO

Responsabilidad social ante el problema de las enfermedades raras

Cutiño Riaño JC ¹

¹ *Responsable de Relaciones con Sectores Empresariales de la Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (FACUA)*

La celebración durante el próximo mes de febrero de este año del II Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras es una buena razón y una inmejorable oportunidad para que, desde la perspectiva de una organización de consumidores generalista, pero siempre implicada en la mejora de la atención sanitaria y la cobertura del sistema como FACUA, abordemos la dimensión ética y social de este problema.

Probablemente, la incidencia porcentualmente residual con que las «enfermedades raras» particularmente consideradas se dan en nuestra sociedad sea algo irrelevante en un entorno donde las estadísticas y las expectativas de negocio suelen determinar las prioridades, pero no es menos cierto que el monto total de ciudadanos afectados por esta circunstancia nos lleva a tratarlo como un problema de primera magnitud para el sistema sanitario. Y es que, conceptualmente hablando, no deja de resultar paradójico que un problema que, en su conjunto, llega a afectar a tres millones de españoles y treinta millones de europeos pueda catalogarse como «raro».

Está claro que la situación de angustia vital y la sensación de desamparo que pueden sentir tantos ciudadanos del mundo que se considera a sí mismo como «desarrollado», afectados por alguna de estas extrañas patologías, no es algo raro, sino algo que determina de forma grave su salud, su calidad y sus expectativas de vida y que, en buena medida, es una consecuencia directa de un sistema que se sustenta en criterios más economicistas, mercantilistas y de rentabilidad política que de auténtica rentabilidad social.

Desde la perspectiva de los consumidores representados por FACUA, la rareza semántica de una enfermedad no viene determinada tanto por la escasa incidencia de la misma sobre la población como por la mínima atención que, desde diversos estamentos recibe su investigación y tratamiento. Con frecuencia, los afectados por este tipo de enfermedades muy minoritarias se encuentran ante la sensación de

ser ignorados por el sistema, en la medida en que la escasa prevalencia de la enfermedad no estimula en el sector privado la inversión económica necesaria para profundizar en su conocimiento y en el desarrollo de los fármacos y tratamientos necesarios para garantizar la curación o la calidad de vida de los pacientes afectados.

Resulta evidente, dentro de la lógica mercantil, que las grandes inversiones en el ámbito médico y farmacológico se sustentan en unas perspectivas de éxito económico de los productos resultantes de las mismas, y ello se obtiene en función de la prescripción y dispensación del producto. Por ello y bajo tales parámetros, parece que no resulta rentable invertir en las enfermedades raras, en la medida en que el previsiblemente escaso volumen de prescripciones no justifica el gasto ni la articulación de los instrumentos de investigación y producción de los fármacos para su tratamiento.

Evidentemente, este es un postulado de partida que los usuarios de la sanidad no podemos admitir por muy incontestable que pueda parecer el argumento desde la perspectiva del mercado, como tampoco lo puede admitir un sistema de salud pública que se define a sí mismo como universal, al que contribuimos todos los que podemos hacerlo y que no puede dar la espalda a la situación de una parte significativa de sus destinatarios.

En tal sentido, en opinión de FACUA, resulta obvio que la apuesta por mejorar la situación de los afectados por las enfermedades raras no va a surgir, por iniciativa propia ni generación espontánea, de un repentino acceso de responsabilidad social de los grandes poderes económicos con intereses en el mercado farmacéutico, sino que, inevitablemente, tendrá que nacer de la propia iniciativa de quién tiene en sus manos las decisiones políticas que sustentan la inversión social en políticas sanitarias y de investigación.

En esa línea argumental, resulta obvio que la inversión en líneas de investigación sustentadas con capital público resulta imprescindible, pero ello no excluye la necesidad

imperiosa de apuestas intervencionistas y reguladoras de las administraciones competentes que obliguen a los grandes laboratorios internacionales privados a invertir en la investigación, desarrollo y producción industrial de tratamientos para las enfermedades raras e incluso, ¿por qué no?, a aportar fondos para ello si quieren beneficiarse de parte de ese gran pastel que constituye el gasto farmacéutico público que sostiene su negocio.

Resulta inmoral que existan *medicamentos huérfanos*, conocidos e investigados y cuya eficacia en el tratamiento de algunas de estas patologías está acreditada, pero que no entren en las cadenas de producción por razones puramente economicistas. Contablemente puede ser un argumento irrefutable, pero ética y socialmente resulta insostenible, y la Sociedad tiene que pasar factura a quie-

nes, desde el ámbito de las multinacionales farmacéuticas, no son capaces de asumir una responsabilidad social en ese sentido.

Es obvio que la libertad de empresa impide obligar a nadie a invertir en este sentido, pero resulta igualmente obvio que la Sanidad Pública debe responder a planteamientos socialmente egoístas con toda su capacidad de regulación desde el ámbito en el que sí es competente, como es el de determinar que fármacos está dispuesta a financiar con el erario público, y cual no, en función de ese mismo interés social que debe primar sobre cualquier otra consideración.

FACUA entiende que los consumidores podemos y debemos exigir de nuestros poderes públicos la adopción de medidas decididas en esa dirección.

ORIGINAL

Brote de gastroenteritis aguda por virus *Norwalk-Like* en una residencia de ancianos

Almagro Nuevas D¹, Conti Cuesta F², Espínola García E¹, Morcillo Ródenas C³, Linares Torres J⁴, Ortiz Espinosa J³.

¹ Técnico de Salud del Distrito Sanitario Metropolitano Granada; ² Veterinario del Distrito Sanitario Metropolitano Granada; ³ Médico de Familia del Distrito Sanitario Metropolitano Granada; ⁴ Enfermero del Distrito Sanitario Metropolitano Granada.

BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA POR VIRUS NORWALK-LIKE EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

Objetivo: Describir la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica de un brote de gastroenteritis aguda dado en una residencia de ancianos.

Diseño: Estudio descriptivo y cohorte retrospectivo.

Emplazamiento: Residencia para la tercera edad ubicada fuera del núcleo urbano, en plena naturaleza.

Población: Todos los residentes y todos trabajadores que estuvieron presentes durante el periodo del estudio.

Intervenciones: Encuesta epidemiológica de todos los residentes y trabajadores recogiendo variables de lugar, tiempo y persona. Inspección alimentaria y análisis de agua y coprocultivos

Resultados: Tasa de ataque entre residentes ha sido 51,87% y entre trabajadores 30%. La clínica predominante ha sido de diarrea y vómitos. La curva epidémica se refleja que el primer caso que tenemos constancia es una de las cocineras y posteriormente dos agrupaciones de casos separados de 24-48 horas. En la inspección de la cocina y dependencias relacionadas se observan condiciones higiénicas-sanitarias deficientes. Agua bien clorada y coprocultivos positivos a calicivirus (*Norwalk-Like*). En el análisis bivariante y estratificado, no existe diferencias significativas entre los que enfermaron y no enfermaron según sean residentes o trabajadores encontrándonos un RR=2.59; IC al 95% (0,71-9,44) y p=0,082. Igualmente tampoco se encuentran diferencias en relación al sexo con un RR= 1,42; IC al 95% (0,80-93,78) y p=0,183.

Conclusiones: Gastroenteritis aguda causada por virus *Norwalk-Like*. El caso índice ha sido una manipuladora enferma sin poder saber si ha habido algún alimento implicado y ha habido casos secundarios por contacto con otras personas enfermas.

Palabras clave: Virus *Norwalk-Like*. Gastroenteritis aguda. Brote epidémico. Ancianos.

OUTBREAK OF ACUTE GASTROENTERITIS CAUSED BY NOROVIRUS IN A RESIDENTIAL INSTITUTION FOR THE ELDERLY

Goal: To describe the clinical research, epidemiology and microbiology involved in an outbreak of acute gastroenteritis in an institutional residence for the elderly.

Design: Descriptive study and retrospective cohort.

Location: A residential institution for the elderly situated outside the city's center in a country setting.

Population sample: All residents and employees present during the study period.

Methods: An epidemiological survey of all residents and employees gathered information on variables related to place, time and person. Food hygiene inspection and analysis of water and coprocultures were done.

Results: The attack rate was 51.87% among residents and 30% among employees. The predominant symptoms were diarrhea and vomiting. The epidemiological curve showed that the first reported case involved a kitchen cook, and that was followed by two groups of cases occurring over a 24-48 hour time period. Deficient sanitary conditions were detected following an inspection of the kitchen's facilities. The water was well chlorinated and coprocultures tested positive for calicivirus. When comparing residents and employees, the bivariate and stratified analysis showed no significant differences between those who became ill and those who did not become ill: RR=2.59; CI=95% (0.71-9.44) and p=0.082. No differences were found with regard to gender either, with RR=1.42; CI=95% (0.80-93.78) and p=0.183.

Conclusions: Acute gastroenteritis caused by Norovirus. The first confirmed case involved a sick kitchen employee and it was not possible to find out whether food was involved. Secondary cases occurred due to contact with other sick people.

Key words: Norovirus, acute gastroenteritis, epidemic outbreak, elderly.

Correspondencia: Diego Almagro Nuevas. C/ Gustavo Doré, 3 bajos. 18015 Granada. Tel. 958 022 514 Fax 958 022 512.
E-mail: diego.almagro.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 07-05-2002; aceptado para publicación el 02-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 11-15

Introducción

Los virus *Norwalk-Like* (VNL) constituyen un grupo heterogéneo de virus de tipo ARN, clasificados dentro de la familia *Caliciviridae*. Son responsables de al menos un 40% de brotes de gastroenteritis aguda (GEA) dados en diferentes instituciones; así de 348 brotes de GEA por VNL que notificaron los CDC entre enero 1996 y noviembre de 2000, el 39% fue en restaurantes, 29% en residencias de ancianos y hospitales, 12 % en escuelas y guarderías, 10% en cruceros de vacaciones y 9% en otros lugares ¹.

En España, empiezan a surgir abundantes referencias de este tipo de virus y su implicación en brotes de gastroenteritis no bacterianas dadas en residencias de de la tercera edad. De los 13 brotes de gastroenteritis aguda (GEA) debidos a *calicivirus*, (955 casos y ninguna defunción) declarados durante el año 1999, 7 de ellos (549 casos) ocurrieron en centros geriátricos. Ninguno confirmado se presentó en Andalucía ² y sí se sospechó uno en una residencia en Sevilla ³.

El origen de estos brotes ha sido muy variado; así, se han descrito brotes con mecanismo de transmisión a través de alimentos (ostra, frutas) ^{4, 5}, hídrico (aguas contaminadas) ⁶ y de persona a persona ¹.

La tasa de envejecimiento de nuestra población está haciendo que aumente el número de residencias para los ancianos, con lo que se puede prever que las GEA de tipo epidémico sigan aumentando. Esto nos debe de hacer reflexionar para seguir investigando en la búsqueda de medidas preventivas y de control eficaces.

El objetivo de este estudio es describir la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica de un brote de gastroenteritis aguda dado en una residencia de ancianos de Granada durante el invierno del 2001.

Se han descrito brotes con mecanismo de transmisión a través de alimentos (ostra, frutas) ^{7, 8}, hídrico (aguas contaminadas) ⁹ y de persona a persona ¹⁰.

Material y métodos

La población a estudiar son todos los residentes de la institución situada en la localidad de Granada y todos trabajadores que trabajaron durante el periodo del estudio. Se trata de una residencia ubicada fuera del núcleo urbano, en plena naturaleza. En los momentos del estudio estaba a media capacidad del número de residentes.

El inicio del estudio lo situamos con la aparición del primer caso conocido. Este lo consideramos como aquel que tenemos constancia escrita que se ha producido, que coincide con la definición de caso. Su finalización es tras la ausencia de comunicación de nuevos casos.

La definición de caso se tomó como: todo residente o trabajador que presentó vómitos y/o diarrea entre los días 5 y 14 de febrero de 2001 y que no haya más casos en los tres días antes de comenzar los síntomas, descartando otra patología que los pueda causar.

Entre las variables independientes recogidas y analizadas estaban: residente/trabajador, sexo, día de inicio de síntomas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, fiebre, náusea y malestar. Aunque se recogieron variables de consumo de alimentos y

agua de bebida de los tres días anteriores al día de mayor número de casos, no se consideraron en el análisis por los motivos que se analizan en los resultados. La recogida de datos se realizó con la encuesta específica cumplimentada por la médico de familia de la residencia y confirmada por los libros de novedades de enfermería.

Se ha realizado un análisis descriptivo univariante y otro bivariante simple y estratificado entre variable dependiente e independientes con el cálculo de tasas de ataque y del riesgo relativo con su intervalo de confianza al 95%. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo. Los programas utilizados han sido el Excel y el SPSS/PC v.9

La farmacéutica titular de la ZBS, donde se ubica la residencia, realizó una primera visita con levantamiento de la correspondiente acta de inspección. Destaca la utilización un abastecimiento de agua para el consumo humano no conectado a la red pública que procede de dos pozos situados a ambos lados del centro residencial. El agua es llevada a dos depósitos situados en la planta superior y que manifiestan que se limpian cada 6 meses. La última limpieza fue el día 8 de febrero del 2001. Para la desinfección de agua de bebida utilizan hipoclorito sódico apto para la desinfección. Las determinaciones de cloro libre residual se registran por ordenador y son realizadas por un laboratorio de salud pública particular. Se tomaron muestras de agua y se midió el cloro residual libre por el método de Palin (DPD).

Igualmente el Veterinario de la ZBS, realiza una inspección a la cocina y demás dependencias levantándose la correspondiente acta con las deficiencias encontradas. No quedaban restos de alimentos de los menús de los días anteriores. De los enfermos se recogieron 4 muestras de heces y fueron enviadas al hospital de referencia junto con un pequeño informe donde se recogía la sintomatología y la hipótesis inicial de posible etiología viral para que se procediera al envío al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. También se realiza encuesta a las dos cocineras y se toman coprocultivos y frotis nasal a ambas.

Resultados

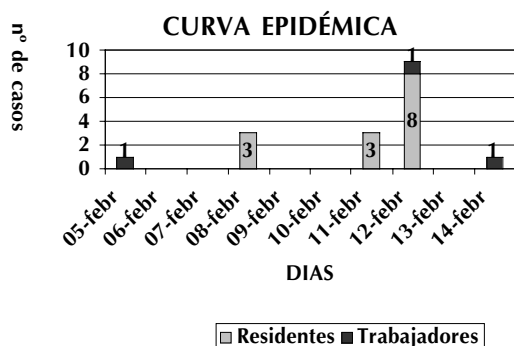
El número de residentes presentes durante los días de brote ha sido 27, de los que han enfermado 14 (tasa de ataque 14/27). Los trabajadores que han estado en alguno de los días del brote han sido todos, de los 10 han enfermado 3 (tasa de ataque 3/10). En total enfermaron 17 de los 37 presentes en la institución. Por sexo, de las 23 mujeres enfermaron 9 y de los 14 hombres otros 8 (tasa de ataque para la mujer 8/23 y para el hombre 8/14). La variable edad no fue recogida.

En la tabla 1 se recoge la distribución de la sintomatología. Destacamos la presencia de diarrea y vómitos y la ausencia de fiebre. La duración de la enfermedad ha sido por término medio de 24 a 48 horas y no fue necesario derivar a ningún enfermo al nivel especializado.

Tabla 1. Síntomas recogidos en los residentes enfermos

SÍNTOMA/SIGNOS	NÚMERO	PORCENTAJE
VÓMITOS	7	43,8
DOLOR ABDOMINAL	2	12,5
DIARREA	13	81,3
FIEBRE	0	0
NÁUSEAS	1	6,3
MALESTAR GENERAL	1	6,3

Figura 1. Curva epidémica en residentes y trabajadores



En la figura 1 observamos como en la curva epidemiológica se refleja que el primer caso que tenemos constancia es una de las cocineras que enfermó el día 5, poste-

riormente 3 nuevos casos durante el día 8, para terminar agrupándose nuevos casos los días 11 y 12. Se hace constar que la cocinera enfermó el 5 y no fue a trabajar hasta el día 9. Si como hipótesis posible es ella la que introduce el virus el periodo de incubación esta sobre las 48 horas. El último caso fue el de un trabajador que enfermó de forma secundaria.

La encuesta alimentaria se trasladó desde los tres días anteriores a la primera comunicación de casos (días 9, 10 y 11). Los menús se encuentran en la tabla siguiente. También se pregunto sobre el consumo de agua de la red o embotellada. Las características de los residentes (avanzada edad y muchos con deficiencias físicas y psicológicas) hace imposible una encuesta exhaustiva. En la encuesta realizada observamos que no hay ninguna diferencia entre los enfermos y sanos. Analizados los alimentos encontramos que el día 10, tanto en la cena como en el almuerzo hay ensalada.

Tabla 2. Los menús consumidos en los tres días anteriores al día de presentación de mayor número de casos

MENUS		
9-2-2001	10-2-2001	11-2-2001
DESAYUNO Café con leche Tostadas mantequilla	DESAYUNO Café con leche Galletas	DESAYUNO Café con leche Tostadas con mermelada
COMIDA Fideos Fritura de berenjena	COMIDA Ensalada de lechuga Plato Alpujarreño Fruta	COMIDA Ensalada de lechuga Paella Fruta
CENA Sopa de ajo	CENA Ensalada tropical Tortilla Fruta	CENA Sopa de coliflor Pescado frito Fruta

Los controles de agua son realizados por un laboratorio de salud pública particular. En la tabla 3 se observa la cantidad de cloro residual que está anotado en el registro de ordenador desde primeros de mes. El último análisis de mínimos realizado corresponde a una muestra recogida el 5 de febrero donde el cloro residual libre se encuentra bajo (0,05 ml/l). Como no está presente el libro de registro se aplaza a nueva visita para el 19 de febrero donde se constata que en el libro de registro a fecha

7.2.01 el nivel de cloro residual libre es bajo (0,05 mg/l). La gerencia del establecimiento manifiesta que la limpieza de los depósitos se realizó el día 6.02.2001 y no el 8.02.2001 y que entre los días 5 al 8 de febrero se consume agua embotellada como medida preventiva, ya que el laboratorio avisa que en cualquier momento se limpiarán los depósitos de agua. Sin embargo, el personal trabajador del centro asegura que hasta el día 7 se tomó agua del grifo y que la limpieza se efectuó el día 8.

Tabla 3. Anotaciones en ordenador del Cl libre en agua procedente de los depósitos

Días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cl	0,2	0,2	0,2	0,30	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Por el contrario, según el laboratorio el día 5 el Cl residual libre en agua era de 0,05 ppm y según el libro de la empresa el día 7 el Cl residual libre en agua era de 0,05 y coincide con la limpieza de los depósitos.

El resultado de la muestra de agua tomada por la farmacéutica el día de la inspección y analizada por el laboratorio de salud pública de Delegación de Salud de Granada fue negativa en análisis microbiológico y físico-químico, y cloro residual de 0,5 ppm.

En la inspección de la cocina y dependencias relacionadas se observan importantes deficiencias que hacen pensar que las condiciones higiénicas-sanitarias no son las adecuadas (falta de agua caliente, azulejos rotos, frigorífico que no funciona etc). Los residentes comen en un mismo comedor ubicado en la planta baja asistidos por las auxiliares de enfermería. Los trabajadores no toman alimentos en la empresa.

Desde el Centro Nacional de Microbiología del ICIII y de los cuatro coprocultivos enviados nos comunican que en dos se observan abundantes calicivirus (Norwalk-Like). Los coprocultivos son negativos a bacterias enteropatólogicas. Los frotis nasales y los coprocultivos a bacterias de las dos cocineras tienen como resultado el no aislamiento de gérmenes.

En el análisis bivalente y estratificado, no existe diferencias significativas entre los que enfermaron y no enfermaron según sean residentes o trabajadores encontrándose un RR=2,59; IC al 95% (0,71-9,44) y p=0,082. Igualmente tampoco se encuentran diferencias en relación al sexo con un RR= 1,42; IC al 95% (0,80-93,78) y p=0,183.

Discusión

Como se comentó en la introducción, la exposición a los virus enteropatógenos como son los calicivirus, puede ser a través de una fuente alimentaria, hídrica y/o de persona a persona. Nos encontramos con un brote en el que no hay un inicio de forma explosiva. También es cierto, que si la cantidad de virus presente en el vehículo no hubiese sido muy abundante, el número de enfermos no hubiese sido importante (dosis-respuesta). Si hubiese habido una exposición común a una fuente contaminada el inicio de los casos hubiese sido más alta, como se observa en la mayoría de la bibliografía^{11, 12}.

Si aceptamos como hipótesis la exposición de la preparación de comidas por la manipuladora enferma, hubiese habido una contaminación que de ser masiva, la presentación de los casos hubiese sido en el primer grupo y no en el segundo. Lo único que puede explicar este hecho es que durante el día 5 la contaminación fue tan pequeña que sólo aparecieran los tres casos y el brote se que-

da aquí. Después cuando se incorporó el día 9, volvió a contaminar nuevos alimentos y entonces la tasa de ataque fue más alta. Las encuestas alimentarias realizadas, no nos sacan de dudas de los alimentos que hayan podido estar implicados. Lo cierto es que hay alimentos crudos que se pueden contaminar con la manipulación de la cocinera enferma y con los factores predisponentes de las malas condiciones higiénico sanitarias que se desprenden de la inspección.

De una forma u otra, la tasa de ataque global se mueve en torno a lo que hay descrito en otros estudios^{13, 14}. Igualmente se coincide en la existencia de menor número de enfermos entre los trabajadores; en este caso sólo se han afectado 3.

Teniendo en cuenta las dificultades anunciadas sobre las posibilidades de encuestar a la población y el tiempo transcurrido puede darse el sesgo de selección. No obstante pensamos que se tendría que haber profundizado más en la realización de las mismas. La clínica es compatible con la etiología de virus tipo *Norwalk-Like*. Esto junto con el posible periodo de incubación (48 horas), el resultado negativo de los coprocultivos a bacterias enteropatógenas y la duración de la enfermedad (24-48 horas), hace que cumplan los criterios de Kaplan et al¹⁵. La confirmación por microscopía electrónica de la presencia de abundantes *calicivirus (Norwalk-Like)* en dos muestras de heces es la afirmación de que la etiología del brote ha sido viral y máxime que no existe descrito portadores crónicos y que los únicos reservorios conocidos son las personas.

Inicialmente y tras comprobar la falta de cloro libre en muestras precedentes, el hecho de la limpieza de los depósitos de agua en días precedentes al mayor número de casos y la discordancia entre el personal gerente y los trabajadores en el consumo de agua embotellada, pensábamos en un mecanismo de transmisión hídrico. En contra de esto está la forma de presentarse los casos y que el virus resiste en el agua concentraciones altas de cloro libre.

Si consideramos estas GEA como enfermedades *reemergentes*, definidas como aquellas que aumenta la incidencia debido a que las medidas de salud pública se hayan deteriorado o abandonado¹⁶, justifica que el médico de familia que trabaja en residencias tome las medidas de control (tabla 3) ante brotes de esta índole, sea garante de que las condiciones higiénico sanitarias de las residencias de la tercera edad sean las apropiadas y comunique a los servicios de epidemiología la sospecha de cualquier brote para que los controles y medidas higiénico sanitarias se tomen lo más rápidamente posible y así evitar en lo posible la alarma social entre residentes, familiares y trabajadores.

Tabla 3. Indicación de medidas preventivas por el médico de familia ante la aparición de un brote de gastroenteritis aguda en una residencia de la tercera edad

1. A los residentes:
 - Medidas higiénicas de aseo personal y limpieza de habitación de enfermos.
 - Precaución con las secreciones (heces, vómitos y orina).
 - Los residentes que enfermen (vómito y/o diarrea) y que tienen residentes acompañantes, se aconseja instalar al sano en otra habitación.
2. A los trabajadores:
 - Separar del servicio a los trabajadores enfermos
 - Formación e información
 - Parece necesaria la protección aérea (mascarilla) en las habitaciones con casos con síntomas de vómitos y /o diarrea.
 - Medidas higiénicas en la manipulación de residentes y consultar al médico de familia
 - Utilización de guantes de un solo uso.

Conclusiones

- Afirmamos que el cuadro ha sido causado por *calicivirus (Norwalk-Like)* desde el punto de vista clínico y microbiológico.
- El mecanismo de transmisión del brote ha sido de persona a persona con caso índice una manipuladora enferma
- No se ha podido saber si ha habido algún alimento implicado por la condición del caso índice.
- Ha habido casos secundarios por contacto con otra persona enferma y entre estos, tres trabajadoras.

Agradecimiento

A todos los trabajadores de la empresa por su colaboración en la investigación de este brote y en la buena aceptación de las medidas preventivas propuestas que posiblemente hiciesen que el brote se limitara en el tiempo. A los técnicos (farmacéutica y veterinario) por la labor inspectora realizada.

Bibliografía

1. "Norwalk-Like Viruses" Public Health Consequences and Outbreak Management. CDC MMWRJ 2001; 50: RR-9.
2. García Valriberas R, Hernández Pezzi G, Tello Odrina, Herrera I, Vivo A, De la Loma A. Brote de Gastroenteritis por Calicivirus (Norwalk-Like), España. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Madrid. Agosto de 2000.
3. García Fernández M, Mayoral Cortes JM. Brote de gastroenteritis en residencia de ancianos de Sevilla. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología. Madrid. Agosto de 2000.
4. Kohn MA, Farley TA, Ando T, Curtis M, Wilson SA, Jin Q et al. Outbreak of Norwalk virus gastroenteritis associated with eating raw oysters: implications for maintaining safe oyster beds. JAMA 1995; 273: 466-71.
5. Ponka A, Maunula L, von Bonsdorff CH, Lyytikäinen O. Outbreak of calicivirus gastroenteritis associated with eating frozen raspberries. Epidemiol Infect 1999; 123: 469-74.
6. McAnulty JM, Rubin GL, Carvan CT, Huntley EJ, Grohmann G, Hunter R. Outbreak of Norwalk-like gastroenteritis associated with contaminated drinking water at a caravan park. Aust J Public Health 1993; 17: 36-41.
7. Kohn MA, Farley TA, Ando T. Outbreak of Norwalk virus gastroenteritis associated with eating raw oysters: implications for maintaining safe oyster beds. JAMA 1995; 273: 466-471.
8. Ponka A, Maunula L, von Bonsdorff CH, Lyytikäinen O. Outbreak of calicivirus gastroenteritis associated with eating frozen raspberries. Epidemiol Infect 1999; 123: 469-474.
9. McAnulty JM, Rubin GL, Carvan CT, Huntley EJ, Grohmann G, Hunter R. Outbreak of Norwalk-like gastroenteritis associated with contaminated drinking water at a caravan park. Aust J Public Health 1993; 17: 36-41.
10. Norwalk-Like Viruses. Public Health Consequences and Outbreak Management. CDC MMWR 2001; 50: RR-9.
11. Mayoral Cortes JM, Mateo Ramos A, Pons Sánchez M^oC, Herrera Calvet, Gutiérrez Ávila G, Vivo Rodríguez A et al. Brote de gastroenteritis en una residencia de ancianos de Albacete. Rev Salud Pública 2000; 74: 561-72.
12. Segura del Pozo J, Velázquez Buendía L, De la Loma A, Herrera I. Brote de gastroenteritis por virus esférico de pequeño tamaño y no estructurado en una residencia de ancianos. Gaceta Sanitaria 1999; 13: 1216.
13. Chover Lara JL, Pastor Vicente S, Roig Sena FJ, Roselló Pérez M, Salvo Samanes C, Castellanos Martínez I. Brote de gastroenteritis asociado al consumo de agua, posiblemente producido por virus tipo Norwalk o semejantes. Rev Salud Pública 1995; 69: 243-54.
14. Rodríguez EM, Parrott C, Roolka h, Monroe SS, Dwyer DM. Au outbreak of viral gastroenteritis infa nursing home: importance of excluding ill employees. Infect Control Hosp Epidemiol CDC 1996.
15. Kaplan J, Fedman R, Douglas S, Cambell D, Lookabaugh C, Gary W. The frequency of a like pattern of illness in outbreaks of acute gastroenteritis. Am J Public Health 1982; 72: 1329-32.
16. Ferrán Martínez Navarro J. Epidemiología de las enfermedades transmisibles. En: Salud Pública. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 1997. p.691-734.

ORIGINAL

¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?

Rodríguez Martínez, A¹, Pinzón Pulido SA², Máiquez Pérez A³, Herrera Jáimez, J⁴, De Benito Torrente, M⁵, Cuesta Ortiz, E⁶.

¹ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria;* ² *Técnico Unidad de Apoyo a la Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública;* ³ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Especialista en Documentación;* ⁴ *Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Servicio Médico de la Prisión de Albolote. Especialista en Medicina del Trabajo;* ⁵ *Psicóloga del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada;* ⁶ *Trabajadora Social del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.*

APOYO SOCIAL Y FAMILIAR A DROGODEPENDIENTES PARTICIPANTES EN PROGRAMA LIBRE DE DROGAS EN PRISIÓN

Objetivos: describir el apoyo social y familiar y medir la red social con que cuentan estos reclusos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada), Noviembre de 2002.

Población y muestra: Todos los pacientes (N=32) participantes en el programa libre de drogas.

Intervenciones: Se obtuvieron los datos epidemiológicos y sociodemográficos, y se administraron los cuestionarios *DUKE-UNC-11*, *MOS*, *APGAR II*, *BLAKE* y *McKAY* y *APGAR FAMILIAR*.

Resultados: La puntuación media del *DUKE-UNC-11* fue de 40,34 y del *MOS* 27,44, con un número medio de familiares de 13,23 y 2,95 amigos reclusos. Según el *APGAR II*, el 87,5% pide ayuda a sus amigos reclusos, el 72% a los hermanos y el 50% a la madre. De acuerdo con *BLAKE* y *McKAY*, el 50% manifestó poder contar 2 a 5 personas en caso de necesitarlas y según el *APGAR FAMILIAR* el 87,5% de las familias de origen eran normofuncionales.

Conclusiones: La red social de los encuestados está compuesta por otros reclusos y familiares. No se identifica a los trabajadores penitenciarios como parte de la red. La percepción del apoyo social recibido es similar al de la población que vive en comunidad.

Palabras clave: apoyo social, apoyo familiar, presos, drogadicción, tratamiento.

SOCIAL AND FAMILY SUPPORT FOR DRUG-DEPENDENT INMATES PARTICIPATING IN A FREE FROM DRUGS PROGRAM IN PRISON

Goal: To describe social and family supports available to prison inmates and to measure their social network.

Design: Descriptive, cross-sectional study.

Setting: Albolote Penitentiary (Granada, Spain), November 2002.

Population and Sample: All patients (N=32) participating in the Free from Drugs Program.

Methods: Epidemiological and socio-demographic data was obtained and the following questionnaires were administered: *DUKE-UNC-11*, *MOS*, *APGAR II*, *BLAKE* and *McKAY* and *APGAR FAMILY*.

Results: The average score on the *DUKE-UNC-11* was 40.34 and on the *MOS* it was 27.44. The average number of relatives was 13.23 and the average number of inmate friends was 2.95. According to the *APGAR II*, 87.5% seek help from their inmate friends, 72% ask their brothers and sisters for help, and 50% seek help from their mother. According to *BLAKE* and *McKAY*, 50% claimed they could count on 2-5 persons if they needed help and the *APGAR FAMILY* showed that 87.5% of the inmates' families functioned normally.

Conclusions: The social network of those surveyed was made up of other inmates and family members. Prison employees were not included as part of that network. The perception of social support received is similar to the one held by the population residing in the community.

Key Words: Social support, family support, prison inmates, drug addiction, treatment.

Correspondencia: Antonio Rodríguez Martínez. Servicio Médico. Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada). Ctra. de Granada a Colomera, km. 6,18. 18220 Granada. Telf: 958 537 244 Fax: 958 537 243. E-mail: arm3@samfyc.es

Recibido el 04-09-2003; aceptado para publicación el 16-12-2003.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 16-26

Introducción

El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general^{1, 2} a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales^{3-4, 5, 6, 7}. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él⁸.

Los drogodependientes que son a la vez reclusos se enfrentan con múltiples situaciones estresantes relacionadas con su tratamiento en este entorno específico. En los programas diseñados para su atención se han descrito dos fases: la primera es la desintoxicación, básicamente farmacológica, siendo su propósito eliminar la dependencia fisiológica aguda, disminuir el disconfort que aparece en el síndrome de abstinencia, proporcionando un tratamiento seguro y humanizado que permita al adicto superar las primeras dificultades que surgen al iniciar la intervención^{9, 10}.

La segunda, sin discontinuidad de la primera, es la de deshabitación, con la que se trata de modificar las pautas de conducta y el estilo de vida del paciente, integrándolo en las distintas áreas sociales, laborales y familiares, alteradas durante el período previo al inicio del proceso terapéutico, ya que el patrón conductual ha estado centrado en la obtención y consumo de droga¹⁰. Esta fase inicia un proceso de mantenimiento de la abstinencia, en donde la intervención se basa en la aplicación de una serie de técnicas psicológicas y de apoyo social y familiar que posibiliten una efectiva reinserción¹¹. El tratamiento adquiere un carácter eminentemente psicosocial, donde los elementos más importantes son la relación con el terapeuta, la ocupación del tiempo libre, la higienización de los hábitos de vida y el control de la abstinencia.

La adherencia al tratamiento o retención es el primer objetivo terapéutico en drogodependencias, ya que al estar el paciente en contacto con los recursos sanitarios se podrá actuar sobre las posibles complicaciones y el consumo¹². Contar con apoyo social y una red social suficiente es un predictor positivo de continuidad en el tratamiento de la drogadicción^{13, 14}, afecta al ajuste psicológico del paciente y aumenta su autoestima¹⁵. El apoyo social además disminuye la influencia de los acontecimientos estresantes sobre el «craving» o deseo de consumir¹⁶.

Utilizar la terapia familiar como componente de estos programas y contar con el apoyo familiar, afianza la adherencia de los pacientes al tratamiento y el grado en que se involucran en el mismo, mejorando el funcionamiento post-tratamiento; se obtiene una reducción del uso de sustan-

cias, de los trastornos del comportamiento asociados a la adicción, y se favorece la inserción y el funcionamiento socio-familiar, tal y como lo señala la investigación más reciente^{17-18, 19, 20}. Por otra parte, la literatura también apoya las intervenciones familiares como elemento importante en la terapia con delincuentes²¹.

En este entorno, se debe destacar el papel del médico de atención primaria, un papel inicialmente no asumido pero progresivamente incorporado, gracias a la visión integral o biopsicosocial que se otorga a este nivel en la atención al drogodependiente mediante el uso de los instrumentos y técnicas diagnósticas y terapéuticas habituales en su consulta^{11, 12, 20}.

En la prisión de Albolote (Granada) se creó un módulo terapéutico, en el que se desarrolla el programa libre de drogas. En la actualidad este programa, además de suministrar agonistas, antagonistas opiáceos o atención farmacológica puntual en los casos precisos, lleva a cabo una terapia cognitivo-conductual que sustenta la fase de deshabitación en la atención al recluso drogodependiente. El programa se desarrolla en forma de sesiones teórico-prácticas de entrenamiento de actitudes y conductas para lograr la integración, recuperación o adquisición de pautas de conducta social, apoyo en momentos de crisis y recurso grupal para la resolución de problemas^{20, 22}. En él realiza su trabajo un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de la medicina, la psicología, el trabajo social y educadores con la función de aportar información y asesoramiento.

Para que un recluso inicie el programa libre de drogas es necesario que sea observado por la psicóloga y la trabajadora social durante un período en el módulo penitenciario normal, en tanto se recoge información de educadores, funcionarios de vigilancia penitenciarios y familiares. De esta manera se busca alcanzar su integración a los grupos de trabajo de iniciación a la terapia. Los reclusos renuncian a solicitar los permisos de salida habituales del Centro Penitenciario, pero participan en el programa de salidas terapéuticas²², en las que, acompañados por miembros del equipo multidisciplinar, realizan visitas socioculturales a distintos lugares, en especial a distintas comunidades terapéuticas de drogodependientes, ya que el período último de rehabilitación será en una comunidad de este tipo.

Los profesionales del módulo conocen la importancia del soporte social para el logro de los objetivos terapéuticos. Sin embargo, desconocen los medios sociales y familiares con que cuentan estos pacientes que son a la vez reclusos, o la cantidad, tipo y características del apoyo social que perciben. Por ello, el presente trabajo plantea como objetivos describir el apoyo social y familiar y medir la red social con que cuentan estos reclusos.

Sujetos y métodos

Se recogieron los datos epidemiológicos (dependencia inicial, vía, edad de inicio, tiempo de consumo y otras sustancias consumidas) y sociodemográficos (sexo, estados civil, estudios) que permitieran caracterizar esta población y su drogadicción, por medio de entrevistas clínicas y de la historia personal de cada paciente.

A todos los pacientes del módulo terapéutico y por tanto en proceso de deshabitación en noviembre de 2002 (N=32), se les administraron los cuestionarios DUKE-UNC-11²³, MOS²⁴, APGAR II²⁵, la pregunta para estudio de la red social del método simplificado de BLAKE Y MCKAY²⁶ y el cuestionario de APGAR FAMILIAR²⁷; todos los cuestionarios fueron autocumplimentados y asistidos por entrevistador, siempre el mismo investigador.

Instrumentos

El cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social funcional, validado en nuestro país²⁸, consta de 11 ítems que permiten conocer, junto al apoyo total percibido, el apoyo emocional o afectivo (demostración de cariño y empatía) y el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas con las que comunicarse)^{23, 25, 29}. Este instrumento utiliza una escala Likert, puntuando de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). Anexo 1.

El cuestionario MOS de apoyo social, permite investigar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva (demostración de amor, cariño y empatía); 2) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse); 3) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica); y 4) emocional/informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Tiene 20 ítems; el primero, encargado de investigar la red social, pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. Los ítems restantes tienen una evaluación, mediante escala de Likert puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre)^{24, 25, 29}. Anexo 2.

El APGAR II, mide el tamaño (número de personas a las que se pide ayuda con más frecuencia), la composición de la red social (relación social que se tiene con estas personas) y el tipo de relación afectiva (buena, regular o mala) que mantienen con cada uno de los componentes de la red, listándolos además por orden, según la frecuencia con la que se pide ayuda²⁵. Anexo 3.

El método simplificado de Blake y Mckay indaga sobre el apoyo estructural o la red social. Consta de una única pregunta acerca del número de personas con las que puede contar el entrevistado, cuando tiene un problema o dificultad²⁶. Anexo 4.

El APGAR FAMILIAR, validado en poblaciones españolas³⁰, determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar; consta de 5 ítems que evalúan las cinco áreas diferentes en que los autores subdividen la función familiar: 1) adaptabilidad o capacidad de movilizar recursos; 2) cooperación o capacidad de participación; 3) desarrollo o capacidad de apoyar en la maduración física, emocional y la autorealización; 4) afectividad o expresión de cariño; y, 5) capacidad de resolución o compromiso de dedicar tiempo a la familia. Cada pregunta se evalúa con un valor de 0 (casi nunca) a 2 (casi siempre) sobre una escala de Likert, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. Se clasifican las familias en normofuncionales (>6) y disfuncionales (≤ 6)^{31, 32}. Anexo 5.

Mediciones

Se estimaron las medidas de tendencia central, dispersión e intervalos de confianza al 95% para cada uno de los aspectos o dimensiones del apoyo social, el tamaño y la composición de la red social mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 11.0. De la misma manera se realizaron las estimaciones para el índice de la función familiar y los datos epidemiológicos sobre drogadicción de los pacientes. Para los datos sociodemográficos y las variables categóricas del apoyo social y la drogadicción se obtuvieron las frecuencias relativas de cada una de las categorías.

Resultados

En la población estudiada la edad media fue de 30,8 años (DE: 4,7; intervalo 29,1-32,5), 87% varones, 70,2% solte-

ros y 80,6% con un nivel de instrucción equivalente al graduado escolar. El 97% tenían una dependencia inicial a la heroína; a lo largo de su historia de drogadicción, 94% había consumido una mezcla de heroína y cocaína y el 100% benzodiazepinas, al menos en grado de abuso. La media de la edad de inicio de consumo principal fue de 16,9 (DT 3,4; intervalo 15,9-18,2). La media del tiempo de consumo fue de 9,9 años (DT 5,9; intervalo 7,8-12,1). La principal vía de consumo fue la fumada (59%), seguida de la inyección por vía intravenosa (38%). La principal enfermedad asociada al consumo fue la hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C (VHC) (22%). (Tabla 1)

La puntuación media de la escala *DUKE-UNC-11* fue de 40,34 (DT 12,07; intervalo 35,99-44,7) y la mediana de 44,5. En la subescala de apoyo emocional o afectivo la media fue de 18,81 (DT 4,86; intervalo 17,06-20,6), y la mediana de 20; en la subescala de apoyo confidencial la media fue de 22,28 (DT 6,20; intervalo 20,05-24,5), y la mediana de 24.

Para la subescala de apoyo emocional del cuestionario *MOS*, la media fue de 27,44 (DT 8,34; intervalo 24,4-30,45) y la mediana de 27,5; para la subescala de apoyo instrumental la media fue de 14,34 (DT 4,69; intervalo 12,6-16,04), y la mediana de 14; para la subescala de apoyo afectivo, la media fue de 11,88 (DT 3,32; intervalo 10,5-13,1), y la mediana de 13; y, para la subescala de interacción social, la media fue de 14,25 (DT 3,03; intervalo 13,15-15,35), y la mediana de 14. En el Índice Global la puntuación media obtenida fue de 67,18 (DT 18,56; intervalo 60,49-73,88), y la mediana de 74.

En cuanto a la red social, la media del número de familiares fue de 13,23 (DT 13,4; intervalo 8,2-18,25), con una mediana de 10 y la media del número de amigos fue de 2,95 (DT 6,56; intervalo 0,6-5,33), con una mediana de 1.

Según el APGAR II, el 87,5% de los entrevistados mencionó a los amigos reclusos como personas a las que podía pedir ayuda, 72% a los hermanos y 50% a la madre. El padre aparece en la lista en un 15,6% de los casos. La ayuda se pide en primer lugar a la familia de origen (especialmente a la madre o los hermanos) y después a la familia propia (cónyuge/pareja). El 62% de las personas señaladas por los entrevistados como su primera opción para recurrir a ellas, eran mujeres. (Tabla 2)

En respuesta al método simplificado de *BLAKE Y MCKAY*, el 28% de los entrevistados refirieron que podían contar como máximo con una persona cuando tenían un problema y el 50% con entre 2 y 5 personas.

La puntuación global media obtenida en el *APGAR FAMILIAR* fue de 6,94 (DT 1,97; intervalo 6,23-7,65), con una mediana de 7. El 87,5% de las familias de los encuestados puede clasificarse como normofuncional, con una puntuación > 6. (Tabla 3)

Discusión

El apoyo social lo define Bowling como un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inmerso³³. La red social es el entramado de relaciones personales identificables que rodean al individuo y las características de esas relaciones^{25, 31}. Por lo tanto hay un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales, identificados como apoyo social que son aportados por la red social que en sí constituye los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión)³⁴. Es decir el número de personas a las que puede recurrir el individuo para resolver los problemas o pedir ayuda. Así pues la ayuda social y la red social son conceptos diferentes.

La administración de las escalas DUKE-UNC-11, MOS, APGAR II y la pregunta simplificada de BLAKE y MCKAY nos permite conocer las dimensiones del apoyo social, tanto cualitativas como cuantitativas. La dimensión cualitativa del apoyo social incluye que el apoyo emocional o afectivo, el apoyo confidencial y el apoyo informacional; en el entorno comunitario es proporcionada por la familia, los amigos, los vecinos, etc., en el caso de los reclusos aparece cubierta por los compañeros de la prisión, la familia y los trabajadores penitenciarios. Las puntuaciones alcanzadas en los tres ámbitos sugieren una percepción de suficiencia en la valoración del apoyo social recibido, similar a la encontrada en investigaciones realizadas en poblaciones no institucionalizadas^{8, 28, 29}. La disponibilidad de recursos sociales descrita por los entrevistados podría explicar en parte los hallazgos en este estudio.

Dentro de las dimensiones afectiva y confidencial, juegan un papel importante los compañeros de prisión ya que es con ellos con quienes mantiene el recluso el mayor contacto personal. La relación común que se establece entre los reclusos en los módulos generales de la prisión, teniendo en cuenta que es una institución cerrada, genera un proceso que se conoce como «prisonalización». Las personas prisionalizadas manifiestan un comportamiento primitivo, la búsqueda de gratificaciones inmediatas, el egocentrismo, la poca resistencia a la frustración, el comportamiento reactivo e incontrolado, el bajo nivel de autoestima y la búsqueda incesante de prestigio³⁵. En el módulo terapéutico, de donde proviene la población estudiada, se ha observado que este tipo de comportamiento no se presenta frecuentemente y la relación entre los participantes resulta más parecida a la camaradería, en la que se adopta una actitud grupal en la resolución de problemas. Esta situación podría explicar, también en parte, la similitud de las valoraciones del apoyo social obtenido en este estudio en comparación con los desarrollados en poblaciones que viven en comunidad.

El aspecto informacional básicamente lo aporta el equipo multidisciplinar que los atiende. Los profesionales del módulo terapéutico (médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, trabajadores sociales y funcionarios de vigilancia) deberían ser percibidos por los reclusos como un recurso y transformarse en apoyo social, ya que es ésta la función que desempeñan. Sin embargo, en las respuestas obtenidas mediante la aplicación del cuestionario APGAR II los trabajadores de la prisión no son reconocidos por los pacientes como elementos de su red de apoyo social. Este hecho cuestiona el grado de confianza que subyace a las relaciones entre los reclusos y los trabajadores penitenciarios, probablemente relacionados con el entorno represivo en el que se encuentran.

Las características de composición de la red social que se aprecian en este estudio, vienen determinadas por la situación de encarcelamiento, con las dificultades que ello supone; el recelo al medio penitenciario sólo es superado por familiares cercanos y no por amigos; sus nuevos amigos son los compañeros de prisión que tienen problemas similares y con los que comparten las mismas situaciones.

En la dimensión cuantitativa o estructural del apoyo social se incluyen la ayuda económica y la ayuda doméstica²⁸. La ayuda económica es prestada fundamentalmente por la familia, ya que mientras dure la estancia en prisión el acceso a otros recursos de este tipo es prácticamente inexistente. La ayuda doméstica o instrumental por el contrario, sólo puede ser ofrecida por los compañeros reclusos, ante la imposibilidad de contar con la presencia diaria y continuada de la familia. Cuando se está enfermo o se requiere algún tipo de apoyo son los propios compañeros del módulo terapéutico los que se convierten en el principal recurso.

Durante la administración del cuestionario APGAR FAMILIAR se orientó al individuo a reflexionar sobre su situación fuera de la prisión, a situarse en el medio familiar de donde provenía. El análisis muestra que se trata de familias normofuncionales, situación similar a la encontrada por otros autores en poblaciones no institucionalizadas²⁸. Es posible que los pacientes del módulo terapéutico perciban una adaptación de sus familias a los acontecimientos vitales estresantes de la drogadicción y el encarcelamiento, una aceptación de su patología y una búsqueda de solución a su situación³¹.

Más de un 50% de la población estudiada identificó a la madre como una de las personas a las que recurriría en busca de ayuda, hallazgo que coincide con los resultados de otros estudios desarrollados en el mismo ámbito de la prisión³⁶. Contrasta con este resultado la baja proporción de reclusos que mencionan al padre como recurso social (15%), aunque puede estar relacionado con el rol tradicional que se otorga al padre y a la madre dentro de la

familia, ya que es ella quien se hace responsable del cuidado de los hijos, bajo cualquier circunstancia. Por otra parte, los amigos siguen siendo un recurso importante (87% de los entrevistados los menciona como recursos de apoyo), con la salvedad que impone el medio penitenciario: siempre que se menciona a los «amigos», se hace referencia a los compañeros de la prisión.

En otros estudios se han descrito los distintos tipos de apoyo que reciben los pacientes según el tipo de droga que consumen³⁷. En el módulo terapéutico no es posible realizar este análisis ya que la población es muy reducida (N=32) y predomina en ella el consumo de una misma sustancia (94% son consumidores de heroína + cocaína).

El tamaño de la población ha impedido también la validación de las escalas en el medio penitenciario. Es preciso, por lo tanto, señalar que aún cuando los cuestionarios utilizados para la valoración del apoyo social han sido validados en otro tipo de población, la aplicación simultánea de dos escalas que valoran las mismas dimensiones del apoyo social (*DUKE-UNC-11* y *MOS*), y dos medidas de la red social (*APGAR II* y *BLAKE Y MCKAY*), obteniendo resultados parecidos, aumenta la validez de los resultados del estudio.

El programa libre de drogas no se realiza de forma estandarizada en todos los establecimientos penitenciarios ni se publican periódicamente los resultados de aquellos que sí lo desarrollan. No se conoce la percepción de apoyo social y familiar que tienen los reclusos adictos a opiáceos que están en tratamiento con metadona. Tampoco se han encontrado publicaciones relacionadas con el apoyo social en población drogodependiente reclusa. No se ha realizado una evaluación del funcionamiento familiar en toxicómanos en los módulos generales de la prisión y tampoco se han investigado los aspectos de la disfunción familiar en los que actúa el apoyo social ni la función que tiene el trabajo grupal que se desarrolla en este módulo. Por lo tanto, se abre con este trabajo una línea de investigación, referida al apoyo social y familiar en drogodependientes en el ámbito penitenciario.

Agradecimientos

A M.ª José Suárez por la excelente traducción de la bibliografía. A Lilly por su desinteresada ayuda en la búsqueda bibliográfica a través de la página web www.solpsiquiatria.com.

Bibliografía

1. Caplan G. Support system and community mental health: lectures on concept development. New York: Behaviour Publications, 1974.
2. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease aetiology. *Am J Pub Health* 1974; 64:1040-3.
3. Cohen S, Mckay G. Social support, stress, and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En: Baum A, Singer J, Taylor S, editors. *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, Erlbaum, 1984.
4. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98: 310-57.
5. Horwitz SM, Morgenstern H, Berkman LF. The impact of social stressors and social networks on paediatric medical use. *Med Care* 1985; 23: 956-959.
6. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care* 1989; 27: 221-33.
7. Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 1992; 34: 779-88.
8. Remor F. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria* 2002; 30: 143-9.
9. Fernández JJ, Gutiérrez E, Marina PA. *Actuaciones Clínicas en Trastornos Adictivos*. Madrid: Aula Médica; 2002.
10. Ochoa E. Clínica y tratamiento farmacológico del drogodependiente. En: Chinchilla Moreno A. (Ed.) *Depresión, Alcoholismo y Drogodependencias*. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 1996. p. 54-72.
11. Navarro L, Aller Mª J, Bachiller P, Casado V, Gutiérrez-Cortines M, Igea F et al. *Guía de Manejo de la Drogodependencias en Atención Primaria*. Valladolid: Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. 2002.
12. Pérez J, Batlle F, Gonzalvo B, Guardia J, Pinet C, Roncero C. *DAP, Programa de Formación y Consulta. Drogas y Atención Primaria [monografía en CD-ROM]* Fundación de Ciencias de la Salud: Madrid; 2002.
13. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among out patient adult substance abusers. *Addiction* 2002; 97:347-56.
14. Richardson L. Substance abusers' friendships and social support networks in the therapeutic community. *Therapeutic Communities: the International Journal for Therapeutic & Supportive Organizations* 2002; 23:85-104.
15. Petra S, Ronald F. The Influence of social support and Problematic Support on Optimism and Depression in Chronic Illness: A Prospective Study Evaluating Self-Esteem as a Mediator. *Health Psychology* 2003; 22.
16. Ames SC, Roitzsch JC. The impact of minor stressful life events and social support on cravings: a study of inpatients receiving treatment for substance dependence. *Addictive Behaviors* 2000; 25: 539-47.
17. Girón SS, Martínez JM, González F. Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos* 2002; 4: 161-170.
18. Clark RE. Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2001 27: 93-101.
19. Landau J, Garrett J, Shea R, Stanton MD, Brinkman-Sull D, Baciewicz G. Strength in numbers: the ARISES method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 200; 26: 379-98.
20. Lana Moliner F. Trastornos de la personalidad y conductas adictivas: intervenciones psicosociales. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2001; 29: 58-66.
21. Woolfenden SR. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Diseases in Childhood* 2002; 86: 251-6.
22. De Benito M, Cuesta E. Centro Provincial de Drogodependencias. Grupo de Atención a Drogodependientes. Programa de Iniciación al Tratamiento. Granada: Diputación de Granada. 1998.
23. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.
24. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-714.
25. De la Revilla L, Bailón E. Recursos Familiares. En: De la Revilla L. *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 1994.
26. Blake RL, Mckay D. A single-item measure of social support as predictor of morbidity. *J Fam Pract* 1986; 22: 82-84.
27. Smilkenstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.
28. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18:17-31.



29. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8: 688-91.
30. Bellón JA, Delgado A, Luna JA, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR- familiar. Madrid: XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994; 118.
31. De la Revilla L, Aranda JM, Aybar R, Bailón E, Casado IM, Costan E et al. Manual de Atención Familiar. Bases para la Práctica Familiar en la Consulta. Fundación para el estudio de la atención familiar. Granada: Ediciones Adhara; 1999.
32. De la Revilla L, Fleitas L. Función y Disfunción Familiar. En: De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma; 1994. p. 91-100.
33. Bowling A. Social support and social net works: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Fam Pract* 1991; 8:68.
34. Barron A. Apoyo social: definición. *Jano* 1990; 38: 1086-97.
35. Valverde Molina J. Cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. Madrid: Popular; 1991.
36. Strauss SM, Falkin GP. Social support systems of women offenders who use drugs: A focus on the mother-daughter relationship. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2001; 27: 65-89.
37. Wasserman DA, Stewart AL, Delucchi KL. Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug & Alcohol Dependence* 2001; 65: 65-75.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DUKE-UNC-11

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

TABLA DE VALORES DUKE-UNC-11

VALORES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6

ESCASO APOYO SOCIAL: ↓ 33
 ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: ↓ 15
 ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: ↓ 18

ANEXO 2

CUESTIONARIO MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares ...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?
(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

TABLA DE VALORES MOS

VALORES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
APOYO EMOCIONAL	40	42	8
APOYO INSTRUMENTAL	20	12	4
APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	20	12	4
APOYO AFECTIVO	15	9	3
ÍNDICE GLOBAL	95	57	19

ANEXO 3

APGAR II

¿A quién pide usted ayuda con mayor frecuencia? (amigos, compañeros, familiares..)

	RELACION	EDAD	SEXO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Tache la columna que mejor describa cómo son sus relaciones con cada persona citada

	BUENA	REGULAR	MALA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

ANEXO 4

PREGUNTA DEL METODO SIMPLIFICADO DE BLAKE Y MCKAY

¿Con cuántas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad? _____

VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS

Nº de personas	Valoración de la red
0-1	Escasa o ninguna
2-5	Media
6 ó más	Elevada

ANEXO 5

APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

VALORACIÓN APGAR FAMILIAR

Característica	Puntuación global
Familia normofuncional (> 6 puntos)	7-10
Familia disfuncional (\leq 6 puntos)	
Moderadamente disfuncional	4-6
Gravemente disfuncional	0-3

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE DROGADICCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (N=32)

VARIABLE	CATEGORÍAS	%
EDAD INICIO	↓ 15	25
CONSUMO (AÑOS)	15-17	41
	18-20	19
	↑ 20	15
	MEDIA	16,95 (DT. 4,72)
TIEMPO DE CONSUMO (AÑOS)	↓ 5	19
	5-10	45
	↑ 10	36
	MEDIA	9,94 (DT. 5,94)
VÍA DE CONSUMO	FUMADA	59
	INHALADA	3
	INYECTADA	38
DROGA CONSUMIDA	HEROÍNA	3
	HEROÍNA + COCAÍNA	94
	COCAÍNA	3
ENFERMEDAD ASOCIADA	VIH+VHC	19
	VHC	22
	LÚES	6
	NINGUNA	53

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VHC: Virus de Hepatitis C

TABLA 2. CUESTIONARIO APGAR II

VARIABLE	CATEGORÍAS	%
¿A quién pide ayuda con mayor frecuencia?	Cónyuge/ pareja	28,1
	Madre	50
	Padre	15,6
	Hermano	71,9
	Amigo	87,5
	Otro familiar	84,4
Persona a la que pide ayuda en primer lugar	Madre	28,1
	Cónyuge/ pareja	18,8
	Otro familiar	18,8
	Hermano	15,6
	Padre	9,4
	Amigo	9,4
Sexo de la persona a la que pide ayuda en primer lugar	Hombre	37,5
	Mujer	62,5
Relación con la persona a la que pide ayuda en primer lugar	Buena	84,4
	Regular	12,5
	Mala	3,1
Persona a la que pide ayuda en último lugar	Amigo	50
	Otro familiar	25
	Hermano	12,5
	Padre	12,5

TABLA 3. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

VARIABLE	CATEGORÍAS	%
Satisfecho con la ayuda recibida	Casi nunca	12
	A veces	9
	Casi siempre	78
Discuten los problemas en familia	Casi nunca	22
	A veces	50
	Casi siempre	28
Se toman en conjunto las decisiones importantes	Casi nunca	23
	A veces	22
	Casi siempre	47
Satisfecho con el tiempo que pasa con la familia	Casi nunca	47
	A veces	25
	Casi siempre	28
Siente que la familia le quiere	Casi nunca	12
	A veces	1
	Casi siempre	87

ORIGINAL

Evaluación del riesgo de diarreas agudas en lactantes

Bertot Ponce1 IA¹, Fonseca Vázquez RA², Chávez Laborde E¹

¹ Especialista de primer grado en medicina general integral y profesor instructores, Policlínico «Ramón Heredia Umpierre». Veguitas. Municipio Yara, provincia Granma; ² Especialista de primer grado en pediatría y profesor instructor, policlínico «Ramón Heredia Umpierre». Veguitas. Municipio Yara, provincia Granma.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DIARREAS AGUDAS EN LACTANTES

Objetivos: Analizar la influencia de algunos factores de riesgo sobre las enfermedades diarreicas agudas en lactantes.

Diseño: Estudio observacional de cohorte.

Emplazamiento: Área de salud de Veguitas, perteneciente al policlínico «Ramón Heredia Umpierre». Municipio Yara, provincia de Granma.

Población y muestra: De los 302 nacidos vivos en el año 2000 se seleccionaron 169 por muestreo sistemático; formaron parte de la cohorte expuesta aquellos que incidieron con alguno de los riesgos preestablecidos (el número cambió de acuerdo con la variable tratada) e integraron la cohorte no expuesta los que no presentaron ninguno en el momento de la comparación.

Intervenciones: Se hizo seguimiento a través de las historias clínicas individuales hasta diciembre del 2001, a fin de evaluar también a aquellos que completaron el primer año de vida en este período. Previamente se entrenaron los 40 médicos de familia radicado en los respectivos consultorios, aunque el control siempre se ejerció por los autores. Los datos se organizaban regularmente en un cuestionario elaborado al efecto.

Resultados: La ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida figuró como el riesgo más fuertemente asociado (RR=6,40; IC=2,95-13,87) seguido en orden de importancia de la higiene doméstica inadecuada, bajo nivel de instrucción de los padres y bajo peso al nacer.

Conclusiones: LA identificación de estos riesgos deja el camino abierto para el planteamiento de pautas preventivas específicas frente al fenómeno: «enfermedades diarreicas agudas» en el ámbito comunitario.

Palabras clave: Diarrea infantil, factores de riesgo/destete precoz, higiene doméstica, bajo peso al nacer.

EVALUATING THE RISK OF ACUTE DIARRHEA AMONG INFANTS

Objectives: To evaluate the influence of a series of risk factors on acute diarrheal diseases among infants.

Design: Observational cohort study.

Setting: «Ramón Heredia Umpierre» polyclinic pertaining to the Veguita Health Area in the Yara municipality, province of Granma (Cuba).

Population and sample: 169 were selected by systematic sampling from a total of 302 live births in the year 2000. Those who showed predetermined risks (the number changed according to the variable under analysis) formed part of the exposed cohort. The non-exposed cohort was formed by those who showed no risks at the time of the comparison.

Interventions: Individual clinical histories until December 2001 were used for the follow-up so that those who reached one year of age during this period could also be evaluated. Prior to this, 40 general practitioners working in family physicians' offices were trained, although the authors were always in charge. Data was organized on a regular basis through the use of a specially designed questionnaire.

Results: The most strongly associated risk (RR=6.40; CI=2.95-13.87) was the absence of exclusive breastfeeding during the first four months of life, followed by inadequate domestic hygiene, parents' low education level, and low birth weight.

Conclusions: Identification of these risks helps clear the way for developing specific preventive measures aimed at diminishing «acute diarrheal diseases» in the territory.

Key words: Infant diarrhea; risk factors; breastfeeding; domestic hygiene; low birth weight.

Correspondencia: Calle Colón # 5 entre Ismael Molina y Antonio Maceo. Veguitas, municipio Yara. Provincia Granma. Código postal: 89180 Cuba. Teléfono: 58-2144. E-mail: bertot@golfo.grm.sld.cu

Recibido el 29-01-2003; aceptado para publicación el 25-09-2003.

Medicina de Familia (And); 1: 27-30

Introducción

Las **enfermedades diarreicas agudas (EDA)** constituyen uno de los problemas más relevantes de morbimortalidad en los niños menores de 5 años, de los países subdesarrollados de Asia, África y América Latina. Se estima que ocurren anualmente alrededor de 1.300 millones de episodios de diarrea aguda que ocasionan la muerte a 3,2 millones de niños comprendidos en las edades de 0 a 5 años y sobre todo en menores de un año^{1,2}.

En Cuba, en 1959 las EDA representaban la primera causa de mortalidad infantil y la quinta de mortalidad general, lo que determinó la aplicación en 1963 de un programa denominado «lucha contra la gastroenteritis» y a partir de esa fecha fueron disminuyendo las consecuencias fatales en todas las edades y principalmente en los niños pequeños; no obstante, en 1990 la tasa de mortalidad se mantenía en 3,5 (378 fallecidos) y en 1993 aumenta a 6,8 (743 fallecidos)³.

Un plan de acción orientado, en todo caso, a atenuar la incidencia de las EDA y sus peores complicaciones, debe incluir siempre el conocimiento de los **factores de riesgo** como elemento preliminar para desarrollar el accionar sobre un terreno más específico. Se han identificado múltiples factores que asociados a la población infantil potencian el riesgo de aparición de diarreas agudas, sobre todo durante el primer año de vida: lactantes menores de 6 meses de edad, desnutrición proteicoenergética, destete precoz, lactancia mixta, prácticas de una higiene doméstica deficiente y otros (7).

El municipio Yara tiene características sociodemográficas y culturales que posiblemente favorecen la alta incidencia de diarreas que hoy se exhibe, entonces una vez identificado como problema y, a partir de esta consideración se hace necesario determinar factores de riesgo, como presupuesto inicial para intervenir sobre el fenómeno. Con el objetivo de determinar la fuerza de asociación entre algunos de éstos y el suceso como tal se ejecutó el presente estudio.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio **observacional de cohorte** en el área de salud de Veguitas, municipio Yara perteneciente al policlínico «Ramón Heredia Umpierre», durante los años 2000-2001.

Universo de estudio: todos los nacidos vivos en el área de Yara durante el año 2000 (N=302). De ellos, 175 eran hembras (57,9%) con una razón de 1,3:1 con respecto a los masculinos.

Análisis muestral: a partir del total de nacidos se seleccionaron por muestreo sistemático 169, escogiendo siempre los números pares.

El tamaño se calculó considerando un porcentaje estimado de la muestra de 50% y nivel deseado de confianza de 95%.

Selección de las cohortes

Cohorte expuesta: lactantes con alguno de los factores de riesgo predeterminados en el diseño, que a la vez fueron organizados por niveles:

Nivel 1: Bajo peso al nacer (n = 19).

Nivel 2: Ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida (n = 108).

Nivel 3: Desnutrición proteicoenergética (n = 8).

Nivel 4: Higiene doméstica inadecuada (n = 52).

Nivel 5: Bajo nivel de instrucción de los padres (n = 103).

Los pacientes formaron parte de esta cohorte en la medida en que incidió el factor de exposición.

Cohorte no expuesta: lactante que no presentaba ninguno de los riesgos considerados anteriormente como factores de exposición.

Seguimiento de las cohortes: Se hizo a través de las historias clínicas individuales que además constituyó la fuente primaria de obtención de la información; los datos de interés se vaciaron en un cuestionario creado al efecto toda vez que se revisaban las historias mensualmente.

Se seleccionaron los nacidos en el año 2000, hasta el 31 de diciembre, a fin de que todos participaran en el estudio y poder evaluar la interacción causa-efecto no solamente durante este período, sino también durante el año 2001: período en el que se completó el primer año de vida el resto de los lactantes; de manera tal que fueron dos años los de seguimiento. Para esta actividad se entrenaron los 40 médicos de familia de la misma cantidad de consultorios del área, aunque el control siempre fue ejercido por los autores.

Análisis y procesamiento de la información: el grupo en el que incidieron los riesgos hipotéticamente asociados, se comparó con la cohorte no expuesta: primeramente a través del chi cuadrado de Mantel-Haenszel (χ^2_{MH}) con $\alpha = 0,05$ para determinar la significación estadística de las diferencias, luego se estimó el riesgo relativo (RR) y sus intervalos de confianza (IC) una vez conocida la incidencia acumulada en los expuestos y no expuestos (Ie y Io). Por último se calculó el riesgo atribuible (RA) y la fracción etiológica en los expuestos (FEe). Los datos se procesaron con el programa informático **statcalc**.

Resultados

Al analizar el BPN (Bajo Peso al Nacer), se obtuvo un RR = 2,18 y $p < 0,05$ que lo dejó establecido como riesgo real de las EDA, 9,4% de expuestos desarrolló en algún momento episodios de diarreas (tabla 1).

Otro riesgo de gran peso estuvo dado por la ausencia de lactancia materna exclusiva: la estimación del riesgo relativo (6,40) y $p < 0,05$ así lo confirma; de 108 pacientes expuestos a este factor, 68 (40,2%) incidieron con la enfermedad aguda, la FEe denota que practicando la lactancia materna exclusiva se reduciría el riesgo de diarreas en 84% (tabla 2).

La desnutrición proteicoenergética mostró una fuerza de asociación nula, de manera tal que se desplaza de cualquier influencia sobre el suceso consecuente: RR < 1 (tabla 3).

Se enmarcó también dentro del riesgo real de las diarreas la higiene doméstica inadecuada: RR = 3,49 y $p < 0,05$; la FEe = 71% indica la probabilidad de no ocurrencia de la enfermedad mejorando las condiciones de higiene en el hogar (tabla 4).

Por último se trató el bajo nivel de instrucción de los padres y resultó un factor de riesgo fuertemente asociado: RR = 3,01, $p < 0,05$; del 60,9% de los padres que mostró este patrón, el 36,1% (más de la mitad) de sus hijos padeció enfermedad diarreica aguda (tabla 5).

Discusión

La distrofia neonatal engendra mayor predisposición no solo a la mortalidad, fundamentalmente durante el primer año de vida, sino también a las enfermedades y sobre todo infecciosas: estos niños tienen cambios morfológicos y funcionales con disminución de los niveles de inmunoglobulina sérica, complemento y pobre actividad de macrófagos y linfocitos que los hace más lábiles^{4,5}. Son muchos los estudio que favorecen la opinión de asociar las EDA al BPN, más en el primer año de vida^{6,7}.

Por otra parte, es bastante frecuente la práctica de una lactación inadecuada, posiblemente ligado al bajo nivel de instrucción de los padres y a algunas creencias populares que magnifican el uso de otras leches. En la literatura de referencia se hace reiterativa la presencia del destete precoz o lactancia mixta, por lo menos en los cuatro primeros meses de vida, como factor fuertemente asociado a las diarreas agudas^{7,8,9,10,11}.

El hecho de que la desnutrición proteicoenergética no mostrara asociación a las diarreas se pudiera explicar, en parte, por su pobre incidencia durante el primer año de desarrollo, por lo menos en la zona donde se practicó la investigación, incluso aquellos que exhibieron un peso menor de 2500 gr. al nacer fueron capaces de alcanzar el ideal de forma rápida. En contradicción con este resultado, autores extranjeros identifican el estado de malnutrición por defecto como riesgo de las EDA^{9,12,13}.

Es importante señalar que el área de Veguitas es inminentemente rural —aunque se piensa que esto no es una determinante absoluta del estado higiénico-sanitario de la población— y la cultura sanitaria aún deficiente abarca casi todas las expectativas del estilo de vida. Entonces, es loable razonar acerca de la influencia que tiene la incorrecta manipulación de los alimentos, la inadecuada limpieza, el no-lavado sistemático de las manos y las mamas si se está lactando etc, en la aparición de diarreas en el lactante. *Hernández, Huttly y Rahmanifar* consideran el factor «higiene no adecuada» un predictor importante de las EDA, y así figura en los estudios más recientes^{10,14,15}.

En relación con los padres, no se tuvo en cuenta la escolaridad, pero si el grado de orientación acerca de los cuidados del lactante, manipulación de los alimentos, la higiene, actitud frente a los eventos agudos o no que comprometen la salud; todo parece indicar que no obstante estar cubiertas todas las áreas por un médico de la familia, es necesario fortalecer la política interventiva en esa dirección pues no cabe duda de que una mayor instrucción de los padres, salva al lactante de un grupo de enfermedades casi siempre prevenibles. Las referencias bibliográficas para apoyar los resultados fueron pocas pero suficientes si se trata de justificar la influencia del factor sobre las EDA^{7,14}.

Se concluye: resultaron factores de riesgo reales de las enfermedades diarreicas agudas, en primer lugar y el más fuertemente asociado: la ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida, seguido en orden de importancia de la higiene doméstica inadecuada, bajo nivel de instrucción de los padres y bajo peso al nacer. No se encontró mayor riesgo de EDA en los lactantes con desnutrición proteicoenergética.

Identificado los riesgos que influyen en la aparición de las enfermedades diarreicas agudas, de hecho tratados de la forma más objetiva posible, **se sugiere** su consideración a la hora de accionar con **estrategias específicas** frente al problema, pues se hace inmediata la necesidad de ponerlas en práctica por estar a disposición el principal presupuesto.

Bibliografía

- Vidal García I, Padilla Pérez O, Toledo Vila HJ, Rodríguez Ávila I. Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba 1987-1993. *Revista Cubana Med Trop* 1998; 50: 60-70.
- González Corona E, Johnson Montero E. Morbilidad, Mortalidad, Índice ocupacional y estadía hospitalaria en servicios de enfermedades diarreicas agudas. *Rev Cubana Pediatr* 1999; 71: 146-52.
- Amador García M, Hermelo Treche M. Enfermedades diarreicas agudas. En: De la Torres Montejo E. *Pediatría*. La Habana: Pueblo y Educación; 1998. p. 23-26.
- Althabe Fernando, Carroli Guillermo, Lede Roberto, Belizán José M, Althabe Omar H. El parto pretérmino: detección del riesgo y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5: 373-384.
- Ortiz Silva O, Felipe Huarte I, Alonso Cordero ME, Álvarez Rodríguez A, Barrios Rodríguez JC. Influencia del bajo peso al nacer en el estado de salud durante el primer año. *Rev Cubana Pediatr* 1997; 69: 187-191.
- Cheung YB, Jilil F, Yip PS, Karlberg JP. Association between size at birth, pediatric diarrheal incidence and postnatal growth. *Acta Paediatr* 2001; 90: 1309-15.
- Yoon PW, Black RE, Moulton LH, Becker S. Effect of not breastfeeding on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children under 2 years of age in Metro Cebu, The Philippines. *Am J Epidemiol* 1996; 143 :1142-8.
- Pinto EA, Barros-Filho Ade A, Barros MB. Risk factors for persistent diarrhea in hospitalized children. *Arq Gastroenterol* 1998; 35: 126-31.
- Yoon PW, Black RE, Moulton LH, Becker S. The effect of malnutrition on the risk of diarrheal and respiratory mortality in children < 2 y of age in Cebu, philippines. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 :1070-7.
- Huttly SR, Morris SS, Pisani V. Prevention of diarrhea in young children in developing countries. *Bull World Health Organ* 1997; 75: 163-74.
- Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001; 108: 52-67.
- Islam MA, Rahman MM, Mahalanabis D, Rahman AK. Death in a diarrhoeal cohort of infants and young children soon after discharge from hospital: risk factors and causes by verbal autopsy. *J Trop Pediatr* 1996; 42: 342-7.
- Andrade JA, de Oliveira JO, Fagundes Neto U. Lethality in hospitalized Infants with acute diarrhea: risk factors associated with death. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45: 121-7.
- Hernández Cisneros F, Rodríguez Salceda Z, Ferrer Herrera I, Trufero Córdova A. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16: 122-26.
- Rahmanifar A, Kirksey A, McCabe GP, Galal OM, Harrison G, Jerome NM. Respiratory tract and diarrheal infections of breast-fed infants from Birth to 6 months of age in household contexts of an Egyptian village. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50: 655-62.

Tabla 1. Incidencia de las EDA según exposición al bajo peso al nacer. YARA 2000-2001

BPN	EDA				TOTAL	
	SÍ	%	NO	%	N.º	%
SÍ	16	9,4	3	1,7	19	11,1
NO	58	34,3	92	54,4	150	88,7
TOTAL	74	43,7	95	56,1	169	100

Fuente: Historias Clínicas. RR = 2,18 IC = 1,65-2,88
 $x^2 = 14,13$ P = 0,00
 RA = 0,46 Fee = 54%

Tabla 2. Incidencia de las EDA según exposición a la ausencia de lactancia materna exclusiva. YARA 2000-2001

Ausencia de lactancia materna exclusiva	EDA				TOTAL	
	SÍ	%	NO	%	N.º	%
SÍ	68	40,2	40	23,7	108	63,9
NO	6	3,5	55	32,5	61	36,1
TOTAL	74	43,8	95	56,2	169	100

Fuente: Historias Clínicas. RR = 6,40 IC = 2,95-13,87
 $x^2 = 44,44$ P = 0,00
 RA = 0,53 Fee = 84%

Tabla 3. Incidencia de las EDA según exposición a la desnutrición proteico energética. YARA 2000-2001

Desnutrición Proteico energética	EDA				TOTAL	
	SÍ	%	NO	%	N.º	%
SÍ	3	1,8	5	2,9	8	4,7
NO	71	42,0	90	53,3	161	95,3
TOTAL	74	43,8	95	56,2	169	100

Fuente: Historias Clínicas. RR = 0,85 IC = 0,34-2,12
 $x^2 = 0,13$ P = 0,71

Tabla 4. Incidencia de las EDA según exposición a la higiene domestica no adecuada. YARA 2000-2001

Desnutrición Proteico energética	EDA				TOTAL	
	SÍ	%	NO	%	N.º	%
SÍ	45	26,6	7	4,2	52	30,8
NO	29	17,2	88	52,0	117	69,2
TOTAL	74	43,8	95	56,2	169	100

Fuente: Historias Clínicas. RR = 3,49 IC = 2,50-4,87
 $x^2 = 55,44$ P = 0,00
 RA = 0,62 Fee = 71%

Tabla 5. Incidencia de las EDA según exposición al bajo nivel de instrucción de los padres. YARA 2000-2001

Bajo nivel de instrucción de los padres	EDA				TOTAL	
	SÍ	%	NO	%	N.º	%
SÍ	61	36,1	42	24,8	103	60,9
NO	13	7,7	53	31,4	66	39,1
TOTAL	74	43,8	95	56,2	169	100

Fuente: Historias Clínicas. RR = 3,01 IC = 1,80-5,02
 $x^2 = 25,38$ P = 0,00
 RA = 0,40 Fee = 66%

ORIGINAL

Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano

Parrilla Ruiz FM¹, Vargas Ortega DA², Cárdenas Cruz DP¹, Martínez Cabezas S², Díaz Castellanos MA³, Cárdenas Cruz A⁴.

¹ Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad de Urgencias; ² M.I.R. MFyC; ³ Médico Intensivista. D.A.I.G. Cuidados Críticos y Urgencias; ⁴ Médico Intensivista. Responsable de Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

FACTORES DE RIESGO, PRECIPITANTES, ETIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

Objetivos: 1. Determinar la causa más frecuente de caída del anciano y sus consecuencias. 2. Realizar un perfil del anciano que acude por caída.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento: Unidad de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Población y muestra: Pacientes mayores de 65 años que solicitaron asistencia sanitaria por caída durante el mes de Mayo 2002.

Intervenciones: Se recogieron datos sociodemográficos, etiología y consecuencias de las caídas en pacientes mayores de 65 años. Análisis estadístico. SSPS V8.0.

Resultados: Se recogieron datos de 192 ancianos que acudieron a Urgencias por caídas. Edad media 73,6 años DT 8,6, el 35,5% Varones y el 64,5% mujeres.

El 87,1% llevaban una vida Independiente, el 8,1% cama-sillón y el 4,8% cama-cama. Solo el 17,7% presentaban problemas hemipléjicos y demencias.

Causa de la caída: 85,5% causa extrínseca (accidental), el 14,5% causa intrínseca (proceso orgánico). Consecuencias de las caídas: 53,2% Contusión-Esguince, 26,3% Fractura (6,5% F de fémur, 6,5% F de Colles, 8,1% F de Tobillo, 3,1% F de hombro, 2,1% otras fracturas), 12,9% Traumatismo craneo-encefálico, 6,1% policontusiones, 1,6% Luxación de Hombro. Se realizó tratamiento médico en el 88,7% y un 11,3% quirúrgico.

Destino final tras asistencia en urgencias: 64,5% derivación Domicilio/Atención Primaria, el 17,7% Ingreso hospitalario, 17,7% derivación Consultas Externas de Traumatología.

Tras el análisis estadístico, los pacientes con mayor edad tenían más incapacidades, vida cama-cama, mayor probabilidad de fractura pero menos intervenciones quirúrgicas y a menor edad más independencia y menos probabilidad de fractura. Las mujeres tenían mejor calidad de vida previa y tienen con más frecuencia fractura que los hombres sobre todo la fractura de Colles. ($p = 0,01-0,03$)

Conclusiones: 1. La causa más frecuente de caída en los ancianos es de forma accidental y como consecuencia presentan contusiones leves. La patología orgánica como causa de caída es debida a Accidentes cerebro vasculares y a síncope. 2. El perfil del anciano que se cae es de unos 73 años con buena calidad de vida, que se cae de forma accidental, que se presenta contusiones y es derivado a su domicilio/Atención Primaria con tratamiento médico. 3. Los pacientes con antecedentes invalidantes tienen más frecuencia de fracturas aunque con menos probabilidad de intervención quirúrgica. 4. Las fracturas más frecuentes son: Tobillo, Cadera y Colles.

Palabras clave: Caída. Anciano. Accidente.

Correspondencia: Francisco M. Parrilla Ruiz. Calle de las Olimpiadas, n.º 2, 1.º 6, Edificio Playa Príncipe. 04740 Roquetas de Mar (Almería). Tel. 699 846 790/ 699 487 848/950 321 103. E- mail: parrilola@terra.es

Recibido el 16-05-2003; aceptado para publicación el 03-09-2003.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 31-34

RISK FACTORS, PROBABILITIES, CAUSES AND CONSEQUENCES INVOLVED IN FALLS AMONG THE ELDERLY

Objectives: 1. To determine the most frequent cause of falls among the elderly and its consequences. 2. To obtain a profile on elderly patients who use emergency room services due to falls.

Methodology: Descriptive cross sectional study.

Setting: Emergency Unit. The publicly owned Poniente Hospital of El Ejido. Almería.

Population and Sample: Patients older than 65 years of age who used emergency room services because of falls occurring during a one-month period (May 2002).

Interventions: Data was collected on socio-demographic characteristics, etiology, and consequences of falls in patients over age 65. Statistical analysis with SSPS V8.0.

Results: Data was collected on 192 elderly persons who used emergency room services as a result of suffering from a fall. Their average age was 73.6 years DT 8.6, 35.5% of them were men and 64.5% women.

87.1% of the patients lived an independent lifestyle, 8.1% had a bed-armchair life, and 4.8% a bed-bed life. Only 17.7% of them showed problems related to hemiplegia and demencias.

Reasons for the fall were: 85.5% accidental and 14.5% secondary to an organic process. Consequences of the falls were: 53.2% contusion-sprain, 26.3% fracture (6.5% fracture of femur, 6.5% Colles Fracture, 8.1% ankle fracture, 3.1% shoulder fracture, 2.1% other fractures), 12.9% cranioencephalic traumatism, 6.1% polycontusions, 1.6% luxation of shoulder. Medical treatment was given to 88.7% of them and surgical treatment to 11.3%.

Final destination after attendance in emergency room services: 64.5% home/primary care; 17.7% admission to the hospital; 17.7% referred to the Orthopedic Surgery's Outpatient Department.

Statistical analysis showed that older patients had more incapacities, bed-bed life, and a greater probability of fracture but fewer surgical interventions. Younger elderly persons showed greater independence and less probabilities of fracture. The quality of women's lives prior to the visit was better, but they suffered from fractures more frequently than men, particularly Colles Fracture ($p = 0.01-0.03$).

Conclusions: 1. The most frequent cause identified among elderly patients in the emergency unit was accidental falls, consequently they showed slight contusions. When an organic pathology occasioned the fall, it was due to cerebrovascular accidents and syncopes. 2. The profile that emerged was that of an elderly person of about 73 years of age, with good quality of life, who suffered from an accidental fall and showed contusions and was then referred back to his/her residence/primary care services with medical treatment. 3. Patients with disabling antecedents have more frequent fractures but are less likely to go through a surgical operation. 4. The most frequent fractures are: ankle, hip and Colles.

Key words: Fall. Elderly. Accident.

Introducción

En Europa se está produciendo un aumento de la población senil secundario al progresivo envejecimiento, debido a un aumento de la supervivencia y disminución de la natalidad. El 20% de la población mayor de 65 años presentan algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria que facilitan las caídas¹.

Aproximadamente un 30% de los mayores de 65 años que viven en comunidad, se caen una vez al año. En los pacientes institucionalizados este porcentaje de caídas asciende al 50%. De la totalidad, el 5% sufrirán fractura o/ y hospitalización provocando un gran problema sanitario, en EEUU el coste anual por fracturas secundarias a caídas llega a 10.000 millones de dólares (6% del gasto sanitario asignado a los mayores de 65 años)².

Las caídas es una causa importante de morbi-mortalidad³, son la causa principal de muerte por lesiones en personas mayores de 65 años⁴.

Los objetivos de nuestro trabajo son realizar un perfil del anciano que acude a urgencias hospitalaria por caída y determinar cuál es la causa más frecuente así como las consecuencias de las caídas.

Material y métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Periodo de estudio: Mes de Mayo 2002.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias, perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente (Hospital de Primer Nivel de la Junta de Andalucía). El Ejido. Almería.

Sujetos: Pacientes mayores de 65 años que acudieron a Urgencias hospitalaria, por su cuenta así como derivados desde atención primaria, presentando como motivo de consulta la caída. (Determinamos 65 años como límite ya que esta edad se considera como el inicio de la tercera edad).

Mediciones: Se recogieron los datos mediante encuesta personal con las siguientes variables:

• **Género:** Hombre / Mujer

• **Edad**

• **Enfermedades incapacitantes:** Sí (Demencias, Hemiplejías, Cardiovasculares, pulmonares, Deformidades) / NO

• **Vida previa:** Cama-Cama / Cama-Sillón/ Independiente.

• **Motivo de la caída:**

1. Causas extrínsecas (accidentales): tropezón, desnivel, falta de iluminación, resbalón... etc.

2. Causas intrínsecas (patología orgánica): accidente cerebrovascular, síncope, mareo, vértigo. etc.

• **Diagnóstico:** Esguinces-Contusiones-Heridas/ Fracturas/ Luxaciones/ Policontusiones/ Traumatismo craneoencefálico (TCE).

• **Horario de la caída.**

• **Tratamiento:** Médico/ Quirúrgico.

• **Destino final:** Domicilio & Atención Primaria/ Ingreso Hospitalario/ Consulta externa de Traumatología/ Otro Hospital.

Métodos: Se aplicó medidas de tendencia central, frecuencias y posteriormente se realizó análisis estadístico mediante paquete estadístico SSPS Versión 8.0.

Resultados

Durante el periodo de estudio acudieron a Urgencias 192 pacientes mayores de 65 años, que solicitaron asistencia

debido a una caída. La edad media era de 73,6 años DT; 8,6, el 35,5%(68 pacientes) eran Varones y el 64,5%(124) mujeres.

El 82,3%(158) de los pacientes no tenían ningún proceso que lo invalidasen, el resto 17,7%(34) presentaban problemas hemipléjicos, demencias, cardiovasculares y pulmonares que limitaban total o parcialmente su vida. El 87,1%(167) llevaban una vida Independiente, el 8,1%(16) vida cama-sillón y el 4,8%(9) vida cama-cama (Gráfica 1).

Los pacientes referían como etiología de la caída 85,5%(164) causas extrínsecas y en el 14,5%(28) tras estudio, se demostró que era secundario a una causa intrínseca (ACV(18), Síncope vasovagal(6) y secundario a arritmia(4) en orden de frecuencia) (Gráfica 2).

Las caídas sucedieron en el 78% entre las 8:00-22:00.

Las consecuencias tras la caída fueron: el 53,2%(102) Contusiones-esguinces, el 26,3%(50) Fracturas (6,5% F de fémur, 6,5% F de Colles, 8,1% F de Tobillo, 3,1% F de hombro, 2,1% Otras fracturas; Escafoides, Falange, Costal), el 12,9%(25) TCE, 6,1%(12) Policontusionados, 1,6%(3) Luxaciones de Hombro (Gráfica 3). Se realizó tratamiento médico en el 88,7% y un 11,3% quirúrgico.

Tras la asistencia inicial en Urgencias el 64,5% se deriva a su domicilio y control en Atención Primaria, el 17,7% se ingresó, 17,7% se derivó a Consultas Externas de Traumatología.

Tras el análisis estadístico se halló que los pacientes con mayor edad (Edad media 81,8 años) tenían más incapacidades y una vida de cama-cama (Edad media 92,6 años) y a menor edad más independencia(72,2 años) ($p = 0,03$).

Las mujeres tenían mejor calidad de vida previa y tienen con más frecuencia fractura que los hombres sobre todo la fractura de Colles ($p = 0,03$).

Los de mejor calidad de vida tienen menor posibilidad de fracturas. Los de mayor edad y peor calidad de vida presentan más fracturas pero menos porcentaje de intervenciones quirúrgicas ($p = 0,01$).

Conclusiones

Los ancianos que acuden a urgencias solicitando asistencia sanitaria por caídas tienen una edad media de 73 años DT 8,6, coincidiendo con trabajos internacionales tanto en población anciana que vive en la comunidad como en instituciones^{1,2,4}

Encontramos que el género es predominantemente femenino, coincidiendo con otros autores que además encontraron que las mujeres se caen el doble que los hombres, aunque otros no han observado esta asociación².

La situación actual del anciano que sufre una caída es un anciano que vive solo, cuidado parcialmente por familiares o en instituciones⁵. En estudios se comparan la probabilidad de caída en ancianos que viven en la comunidad con los que permanecen en instituciones especializadas, concluyendo que en la residencia se caen (0,6-3,6 persona/año) casi el doble que en la comunidad².

En nuestro estudio la mayoría de los pacientes no tenían ningún proceso que lo invalidasen y llevaban una vida independiente. Existen factores predisponentes que han demostrado favorecer las caídas en los ancianos; edad mayor de 80 años, género femenino, estado civil soltero o viudo, mal estado físico-cognitivo, valor bajo en el Mini Mental Test, mayor número de enfermedades crónicas (Hipertensión, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Angor, Accidente Cerebrovascular, Demencia, Alzheimer, Parkinson), caídas previas, fracturas previas, artrosis, depresión, fármacos (psicofármacos (IRSS), diuréticos, digitálicos), no utilización de material ortopédico para la deambulación, andar despacio, incontinencia urinaria, insomnio deterioro de la visión^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}.

Tras la anamnesis y los estudios complementarios de los pacientes que acudían a nuestra unidad por caída se evidenció que solo el 14,5% de las caídas eran secundarias a un proceso orgánico, destacando como causa más frecuente el Accidente isquémico transitorio seguido en frecuencia por el síncope vasovagal y secundario a arritmias. En otros estudios determinan que entre un 30-40% de las caídas son secundarias a un proceso orgánico, siendo por orden de frecuencia; mareo/ vértigo, debilidad en extremidades, síncope, accidente cerebrovascular⁴, otros refieren que concomitante con la caída padecían algún proceso agudo que se revelaba como factor precipitante, destacando las infecciones del tracto urinario, infecciones respiratorias, anemia, angor así como las ya mencionadas^{7, 8}. En pacientes que acudían a urgencias por caídas accidentales no explicables, tras estudio se descubría hipotensión como causa precipitante¹⁰.

La caída se presenta con más frecuencia mientras están andando o al levantarse. El periodo con más frecuencia de caída está entre las 8-22 horas (coincidiendo con nuestro trabajo), con dos picos importantes las 12 y las 16 horas como consecuencia de hipotensión postprandial, destacando que el 4% de los pacientes de la comunidad se caen durante la noche, en cambio, los ancianos institucionalizados durante la noche al acudir al baño se caen el 24%^{3, 4, 8}.

En un estudio refleja que tras la caída solo el 40% acude a un servicio sanitario, el resto solicita información al personal de enfermería, farmacéutico y otras personas del ámbito sanitario, concluyendo que las caídas con más

frecuencia son de carácter leve¹¹. En nuestra unidad comprobamos que las consecuencias más frecuentes fueron las contusiones (53,2%), seguido de las fracturas (26,3%), por orden de frecuencia; tobillo, fémur, Colles, hombro, escafoides, falange, costilla. En otros estudios el porcentaje de fracturas tras una caída está entre el 8-11%, menor a nuestro estudio, esto es debido a que las contusiones pueden resolverse en atención primaria mientras que la sospecha de fractura es derivada a urgencias hospitalarias, ahí de nuestra incidencia más alta. Si nos referimos a la localización la bibliografía contempla que el fémur es la fractura más frecuente, aunque otros trabajos revisados encontramos que la fractura costal y vertebral son más frecuentes pero tienen más facilidad a pasar desapercibidos, debido a la no realización de pruebas complementarias para su diagnóstico^{1, 2, 4, 7, 8}. Observamos una diferencia importante en nuestro trabajo donde la fractura más frecuente es el tobillo, es difícil encontrar una causa que nos explique este hallazgo.

En consonancia con la bibliografía revisada, encontramos tras análisis estadístico que a mayor edad menos independencia para realizar las actividades diarias, más frecuencia de sufrir caídas y menos posibilidad de intervenirlas quirúrgicamente.

Como hemos visto, la población anciana requiere una valoración físico-cognitiva integral, ya que presenta un riesgo multifactorial aumentado por las caídas tanto en su domicilio como en instituciones, debemos fomentar programas para prevenir accidentes como; herramientas para el seguimiento del anciano, aumento de visitas domiciliarias, formación de cuidadores, utilización de protectores, ayudas ortopédicas. Etc. que han demostrado su eficacia^{1, 3, 8, 11, 12, 13}, pero sin olvidar que el punto de partida está en la atención primaria.

Agradecimientos

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias, así como a nuestra bibliotecaria Noemí Gil Cortés por su colaboración, y a la inestimable ayuda de nuestro amigo D. José Miguel Rodríguez Nieto por la realización al inglés del resumen.

Bibliografía

1. Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat, et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Aten Primaria* 2000; 25: 35-43.
2. Bueno Cavanillas A, Padilla Ruiz F, Peinado Alonso C, Espigares García M, Gálvez Vargas R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin* 1999; 112: 10-5.
3. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Falls among frail older people in residential care. *Scand J Public Health* 2002; 30: 54-61.
4. Padilla Ruiz F, Bueno Cavanillas A, Peinado Alonso C, Espigares García M, Gálvez Vargas R. Frecuencia, características y consecuencias de

- las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Aten Primaria* 1998; 21: 437-45.
5. Honeycutt PH, Ramsey P. Factors contributing to falls in elderly men living in the community. *Geriatr Nurs* 2002; 23: 250-5.
 6. Méndez Rubio JI, Zunzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin* 1997; 108: 128-32.
 7. Kallin K, Lundin-Olsson L, Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y. Predisposing and precipitating factors for falls among older people in residential care. *Public Health* 2002; 116: 263-71.
 8. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall among frail older people in residential care. *Scand J Public Health* 2002; 30: 54-61.
 9. Lord SR, Dayhew J, Howland A. Multifocal glasses impair edge-contrast sensitivity and depth perception and increase the risk of falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1760-6.
 10. Mitchell LE, Richardson DA, Davies AJ, Bexton RS, Kenny RA. Prevalence of hypotensive disorders in older patients with a pacemaker in situ who attend the accident and emergency department because of falls or syncope. *Europace* 2002; 4: 143-7.
 11. Stoddart H, Sharp D, Harvey I, Whitley E. Falls and the use of health services in community-living elderly people. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 923-5.
 12. Jensen J, Lundin Olsson L, Nyberg I, Gustafson Y. Fall an injury prevention in older living in residential care facilities. A cluster randomised trial. *Ann Intern Med* 2002; 136: 733-41.
 13. Kressing RW, Wolf SL, Sattin RW, O'Grady M, Greenspan A, Curns A, Kutner M. Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1456-62.

Figura 1. Calidad de vida previa: Independiente/Sillón-Cama /Cama-Cama.

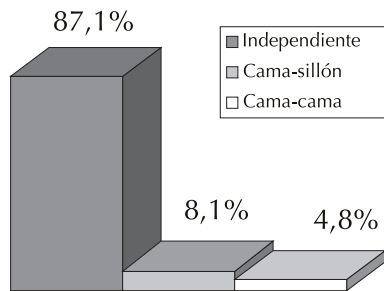
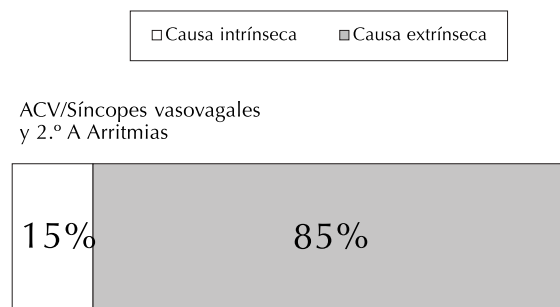
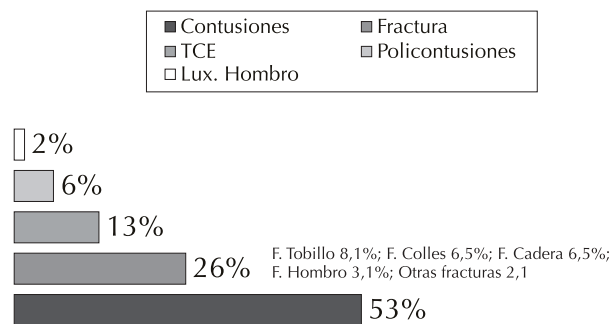


Figura 2. Etiología de las caídas en ancianos.



ACV: Accidente cerebrovascular

Figura 3. Consecuencias de las caídas.



ORIGINAL

Perfil lipídico y síntomas en pacientes con hipotiroidismo subclínico

Del Campo del Campo JM¹, López-Torres Hidalgo J², Requena Gallego M³, Escobar Rabadán F², Díaz Torres C³, Muñoz Sánchez-Villacañas R³.

¹ Doctor en Medicina. Médico de Familia; ² Doctor en Medicina. Médico de Familia. Profesor Asociado (Facultad de Medicina de Castilla-la Mancha); ³ Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete

PERFIL LIPÍDICO Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

Objetivos: comprobar si los pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) presentan, con mayor frecuencia, alteraciones en el perfil lipídico. Establecer si dicha enfermedad es realmente subclínica.

Diseño: Estudio observacional analítico (estudio de casos y controles).

Emplazamiento: Consultas de atención primaria en un centro de salud urbano.

Población: 65 pacientes con TSH > 4,2 mcU/ml y niveles normales de T₄ libre frente a 130 pacientes con TSH y T₄ libre normales (nivel de confianza 95%, potencia 90%, razón de no enfermos/enfermos 2:1, proporción esperada de hipercolesterolemia del 50% en sujetos con HS y del 25% en los del grupo control).

Intervenciones: Niveles de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, TSH, T₄ libre y anticuerpos antitiroideos. Se valoró la existencia de síntomas de hipotiroidismo durante seis meses previos a las determinaciones analíticas, así como el consumo de fármacos predisponentes, situaciones de riesgo y conducta del médico tras el diagnóstico.

Resultados: En los pacientes con HS (edad media 53,6 años, mujeres 89,2%, nivel medio de TSH 10,4) se observó, frente a los del grupo control (edad media 48,2 años, mujeres 80,8%, nivel medio de TSH 1,9), una mayor proporción, estadísticamente significativa, de cuadros de astenia, dolores musculares, sequedad de piel, ganancia reciente de peso, somnolencia y alopecia. Presentaron hipercolesterolemia (> 220 mg/dl) el 50,8% de los pacientes con hipotiroidismo subclínico frente al 32,3% de los del grupo control (P = 0,034), sin existir diferencias estadísticamente significativas en los niveles medios de HDL, LDL, triglicéridos y cociente de riesgo ateroesclerótico entre ambos grupos.

Conclusiones: Ante resultados contradictorios de estudios previos, se evidencia una mayor prevalencia de hipercolesterolemia en los pacientes con hipotiroidismo subclínico. A pesar de llamarse subclínico, los resultados confirman la presencia de diferentes síntomas de hipotiroidismo en dichos pacientes.

Palabras clave: hipotiroidismo, hiperlipidemia.

LIPID PROFILES AND SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM

Goal: To confirm whether patients with subclinical hypothyroidism are more likely to show alterations in their lipid profiles and to determine whether that condition can adequately be labeled as subclinical.

Design: Observational analytical study (case control study).

Setting: Primary care practices located in an urban health center.

Population: 65 patients with thyroid stimulating hormone (TSH) > 4.2 mcU/ml and normal T₄ levels compared with 130 patients with TSH and normal T₄ levels (confidence level 95%, strength 90%, ratio of healthy to sick patients 2:1, expected proportion of hypercholesterolemia: 50% among subjects with subclinical hypothyroidism and 25% in the control groups).

Methods: Determine the levels of total cholesterol, HDL, LDL, triglycerides, TSH, free T₄ and anti-thyroid antibodies. The existence of hypothyroid symptoms was evaluated during the six months prior to the results of the analyses, as well as the use of drugs that can affect these measurements, risk situations and medical treatment following diagnosis.

Results: After comparing patients with subclinical hypothyroidism (average age 53.6 years, women 89.2%, average TSH level 10.4) with the control group (average age 48.2 years, women 80.8%, average TSH level 1.9), a higher, statistically significant, rate was found for conditions that included asthenia, muscular pain, dry skin, recent weight gain, fatigue, and hair loss. 50.8% of the patients with subclinical hypothyroidism showed hypercholesterolemia (> 220 mg/dl) as compared with 32.3 % of those belonging to the control group (P = 0.034), with no statistically significant differences found between either of the groups in average levels of HDL, LDL, triglycerides or the risk coefficient for atherosclerosis.

Conclusions: In the light of contradictory results from previous studies, this study shows a higher prevalence of hypercholesterolemia among patients with subclinical hypothyroidism. Despite use of the term "subclinical", results here confirm the presence of a variety of hypothyroidism symptoms among these patients.

Key words: hypothyroidism, hyperlipidemia.

Correspondencia: Jesús López-Torres Hidalgo. C/ Marqués de Villares, 48. 02003 Albacete. E-mail: jlopeztorresh@medynet.com

Recibido el 30-07-2003; aceptado para publicación el 05-02-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 35-41

Introducción

El hipotiroidismo subclínico es el cuadro caracterizado por una elevación de los niveles de TSH, un valor de T₄ libre normal y ausencia de sintomatología, la mayoría de las veces sin etiología clara^{1,2}. La anterior definición data de principio de los años 70³, asociada al desarrollo de la 2.^a y 3.^a generación de pruebas analíticas de detección de función tiroidea, las cuales han facilitado, por su sensibilidad, el hallazgo de alteraciones en los niveles de TSH en sangre y, por lo tanto, nuevos casos de hipotiroidismo subclínico².

Dicho trastorno ocurre en un porcentaje cifrado entre el 5,0 y el 13,2%, según la población estudiada⁴⁻⁶. En mujeres mayores de 60 años afecta a más del 10% e incluso puede alcanzar al 40-60% según diferentes autores^{1,7}, asociándose a un incremento del colesterol total⁷⁻⁹ (un aumento de 0,5 mmol/l de colesterol total puede atribuirse al hipotiroidismo subclínico) y un perfil lipídico desfavorable¹ con disminución de HDL y aumento de LDL (más frecuente en hipotiroidismo subclínico grado III/IV en el que el valor de TSH es superior a 12). No obstante, contrariamente a lo que ocurre en el hipotiroidismo franco, es discutida la asociación entre hipercolesterolemia e hipotiroidismo subclínico⁵ sosteniendo algunos autores la normalidad de los niveles de colesterol y triglicéridos^{1, 10-13}, así como la ausencia de cambios significativos tras recibir tratamiento^{10, 11, 12}. En lo relativo a la sintomatología y pese a la definición del trastorno, se ha llegado a afirmar² la existencia de un cuadro clínico más o menos insidioso, razón por la cual el término hipotiroidismo subclínico no sería del todo ajustado.

El objetivo del estudio es determinar si los pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) presentan con mayor frecuencia alteraciones en el perfil lipídico, así como comprobar si dicha enfermedad es realmente subclínica.

Material y métodos

El estudio responde a las características de un diseño observacional analítico (estudio de casos y controles) y fue realizado en el ámbito de atención primaria, obteniéndose la información en cuatro consultas de medicina general pertenecientes al Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete. Durante el periodo comprendido entre febrero y octubre de 2000 fueron seleccionados consecutivamente, como casos, 65 pacientes de 14 o más años de edad diagnosticados de hipotiroidismo subclínico (TSH superior a 4,2 mcU/ml y niveles normales de T₄ libre —0,9 a 1,9 ng/dl—) y, como controles, 130 pacientes de 14 o más años con valores normales de TSH y T₄ Libre (n. Confianza 95%, potencia 90%, razón de no enfermos/enfermos 2:1, proporción esperada de hipercolesterolemia del 50% en sujetos con HS y del 25% en sujetos del grupo control).

A partir de las historias clínicas se obtuvieron las siguientes determinaciones (si habían sido realizadas dentro de los seis meses previos a la determinación de hormonas tiroideas): colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y anticuerpos antitiroideos. Se valoró la constancia en dichas historias de síntomas propios de hipotiroidismo durante 6 meses previos a las determinaciones analíticas (dolores musculares, astenia, obesidad, pérdida de memo-

ria, hipoacusia, sequedad de piel, estreñimiento, aumento de peso reciente, depresión, somnolencia, intolerancia al frío, alopecia y síndrome de apnea obstructiva durante el sueño). En las mujeres se valoró también la existencia de los siguientes antecedentes: abortos de repetición, hijos con retraso psicomotor, hijos con bajo peso al nacer, hipermenorrea, infertilidad, síndrome premenstrual y eclampsia/preeclampsia. Otras variables estudiadas fueron: consumo previo de fármacos capaces de elevar los niveles de TSH (metoclopramida, domperidona, furosemida y sulfonilureas, etc.) o de otras situaciones de riesgo o predisponentes al hipotiroidismo subclínico (tratamiento previo con I¹³¹, radioterapia externa en zona cervical, antecedente de tiroidectomía o hemitiroidectomía, tiroiditis subaguda de De Quervain y consumo de fármacos como amiodarona, litio, yodo o interferón). Por último, se consideró la conducta del médico tras el diagnóstico de hipotiroidismo subclínico (tratamiento, derivación a endocrinología, etc.) y las características de los sujetos (edad, sexo, peso y talla). Posteriormente, se calculó en cada paciente el índice de masa corporal (IMC) y el cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL).

Se realizó un análisis descriptivo de las características de los sujetos incluidos en cada grupo. A continuación, se utilizaron pruebas de comparación de proporciones (ji-cuadrado y test exacto de Fisher) y medias (t de Student) en grupos independientes. Para medir la magnitud de la asociación entre variables se calculó el OR y su correspondiente intervalo de confianza al 95%, realizando un ajuste estadístico por otras variables mediante regresión logística.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características de los pacientes estudiados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, nivel medio de T₄ libre o nivel medio de índice de masa corporal entre pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico y pacientes con nivel de TSH normal.

La presencia de síntomas de hipotiroidismo durante 6 meses anteriores a la determinación analítica fue significativamente superior en los sujetos diagnosticados de hipotiroidismo subclínico en el caso de dolores musculares, astenia, sequedad de piel, aumento de peso reciente, somnolencia y alopecia (tabla 2). Otros signos o síntomas como pérdida de memoria, obesidad, estreñimiento o depresión también aparecieron con más frecuencia en pacientes con hipotiroidismo subclínico, aunque sin aparecer diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control.

En mujeres con hipotiroidismo subclínico constaban en la historia clínica con mayor frecuencia antecedentes de abortos de repetición, hijos con retraso psicomotor, hijos con bajo peso al nacer y eclampsia, aunque sin alcanzar significación estadística las diferencias respecto a mujeres con niveles normales de hormonas tiroideas (tabla 3).

En el grupo de pacientes diagnosticados de hipotiroidismo subclínico la determinación de hormonas tiroideas constaba en al menos dos ocasiones en 37 casos (56,9%). De este grupo, habían sido remitidos al Servicio de Endocrinología 32 pacientes (49,2%) y habían recibido tratamiento con L-Tiroxina 28 de ellos (43,1%), la mayoría con una dosis diaria de 100 µmg. (12 pacientes) o 50 µmg. (8 pacientes).

En cuanto al consumo previo de fármacos capaces de elevar el nivel de TSH (metoclopramida, domperidona, furosemida y sulfonilureas) o de fármacos implicados en la etiología del HS (amiodarona, litio, yodo e interferón), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes. Tampoco se observaron respecto a antecedentes de tratamiento con I¹³¹, radioterapia externa en región cervical y tiroidectomía subtotal o hemitiroidectomía. Se comprobó que el antecedente de tiroiditis subaguda de De Quervain estuvo presente en 3 casos pertenecientes al grupo de pacientes con hipotiroidismo subclínico ($P = 0,036$).

El nivel medio de colesterol total expresado en mg/dl fue significativamente superior en los pacientes con hipotiroidismo subclínico ($216,1 \pm 54,4$ DE) frente a los del grupo control ($200,1 \pm 45,6$ DE), sin observarse diferencias en los niveles medios de LDL, HDL, triglicéridos y cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL) entre ambos grupos (tabla 4).

La proporción de pacientes con hipercolesterolemia (> 220 mg/dl) fue significativamente superior en el grupo de sujetos con hipotiroidismo subclínico (33 pacientes; 50,8%) respecto al grupo control (42 pacientes; 32,3%) ($P = 0,012$) (OR: 2,16; IC 95%: 1,17-3,97) (figura 1). También la proporción de pacientes con hipertrigliceridemia (> 200 mg/dl) fue estadísticamente superior en el grupo con HS (13 pacientes; 20,0%) frente al resto (12 pacientes; 9,2%) ($P = 0,034$) (OR: 2,46; IC 95%: 1,05-5,75) (figura 2). Al ajustar por edad y sexo mediante regresión logística, la hipercolesterolemia permaneció como variable asociada a la presencia de hipotiroidismo subclínico (OR: 1,92; IC 95%: 1,03-3,58).

Discusión

La definición de HS asume de forma explícita la ausencia de sintomatología, siendo básicamente un hallazgo analítico sin traducción clínica¹⁴. Nuestros resultados, por el contrario, confirman la existencia de un cuadro clínico más o menos insidioso que pone de manifiesto la inadecuación a la realidad del adjetivo «subclínico» otorgado a estos pacientes. Previamente, se ha documentado¹ la presencia de una mayor prevalencia de depresión mayor y, en nuestro caso, observamos una mayor proporción de síntomas de hipotiroidismo como mialgias, astenia, sequedad de piel, ganancia reciente de peso, somnolencia y alopecia.

En cuanto a los niveles de lípidos en sangre, los datos aparecidos en publicaciones previas son contradictorios¹⁵. Se ha señalado la existencia de un incremento del colesterol total⁷ o de un perfil lipídico desfavorable con aumento de LDL y disminución de HDL¹. En otros estudios se ha observado un incremento de los niveles de

LDL únicamente en pacientes con TSH superior a 12¹³, una reducción simultáneamente de LDL y HDL¹⁶ o sólo una reducción de HDL¹⁷. En otros casos, sin embargo, se ha observado normalidad en los niveles de colesterol y triglicéridos¹⁰⁻¹³ e, incluso, la existencia de niveles de colesterol total en sangre paradójicamente bajos en sujetos con hipotiroidismo subclínico⁹. En este sentido, nuestros resultados muestran un nivel medio de colesterol total significativamente superior en estos pacientes sin apreciarse diferencias en los niveles medios de LDL o HDL y tanto la proporción de pacientes con hipercolesterolemia como de hipertrigliceridemia fue estadísticamente superior en los casos de hipotiroidismo subclínico que en los sujetos del grupo control.

En cuanto al riesgo cardiovascular^{3,9,18}, en un estudio previo se ha señalado⁹ un incremento relativo en el riesgo de coronariopatía en mujeres con TSH aumentada, a pesar de ser paradójicamente bajos los niveles de colesterol sérico observados. El estudio Róterdam¹⁹ confirma que el hipotiroidismo subclínico es un fuerte indicador de riesgo cardiovascular en mujeres de edad avanzada. Por nuestra parte, no encontramos diferencias respecto al grupo control en el cociente de riesgo ateroesclerótico (colesterol total/HDL) en los pacientes con dicho trastorno.

Como hemos podido comprobar en nuestros resultados, la frecuencia^{20,21} del hipotiroidismo subclínico es muy superior en mujeres que en hombres, habiéndose establecido⁴ una relación 4 a 1 e incrementándose conforme aumenta la edad². La prevalencia es superior en sujetos que presentan otras alteraciones como afectación autoinmune o aberraciones cromosómicas²². Algunos autores¹, que sostienen la presencia de una mayor prevalencia de síntomas depresivos, afirman que estaría indicado el «screening»²³ en mujeres mayores de 60 años con trastorno depresivo mayor. No obstante, las recomendaciones acerca de «screening» varían según autores y su coste efectividad no ha sido claramente establecido²². El American College of Physicians recomienda el cribado en mujeres mayores de 50 años con uno o más de los síntomas sugestivos de disfunción tiroidea².

Respecto al tratamiento^{16,24}, la terapia hormonal sustitutiva se muestra claramente beneficiosa¹⁴ en pacientes sintomáticos, no estando claramente establecido su efecto en el resto². En pacientes sin factores de riesgo, signos o síntomas de deficiencia de hormona tiroidea es razonable posponer la instauración de tratamiento sustitutivo hormonal hasta la caída de los niveles de T4 por debajo de los límites normales. El tratamiento, según estudios previos^{5,25-28} consigue reducir el nivel de colesterol total y LDL. Según otros autores², el aumento del nivel de colesterol y el incremento franco en las cifras de TSH posee valor predictivo en el sentido de progresión a hipotiroidismo

clínico, mientras que el aumento de los anticuerpos antimicrosomiales es predictivo de fallo tiroideo en el futuro⁹.

Como conclusión, según los resultados de nuestro estudio y frente a los hallazgos contradictorios de estudios previos, comprobamos una mayor prevalencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia en los pacientes con hipotiroidismo subclínico. Por otra parte, ante la controversia sobre la definición de la enfermedad y la necesidad de tratamiento, nuestros datos confirman la presencia de síntomas de hipotiroidismo en estos pacientes.

Bibliografía

1. Keneth AW. Subclinical Thyroid Dysfunction. *Arch Intern Med* 1997;157:1065-1068.
2. Goldman DR. Subclinical hypothyroidism revisited. *J Gen Intern Med* 1996;11:773-774.
3. Bastenie PA, Vanhaelst L, Bonnyns L, Neve P, Staquet M. Preclinical hypothyroidism: a risk factor or coronary heart disease. *Lancet* 1971;1:203-204.
4. Elte JWF. Subclinical endocrinological disease. *Postgrad Med J* 1990;72:141-146.
5. Anónimo. Managing Subclinical Hypothyroidism. *DTB* 1998;36:233.
6. Nicoleau A, Nicoleau CA, Balzora JD. Subclinical hypothyroidism in a biethnic, urban community. *JAGS* 2000;48:233.
7. Bindels A, Westendorp R, Frölich M, Seidells J, Blokstras A, Smelt A. The prevalence of subclinical hypothyroidism at different total plasma cholesterol levels in middle aged men and women: a need for case-finding? *Clin Endocrinol* 1999;50:217-220.
8. Miura S, Iitaka M, Yoshimura H, Kitahama S, Fukasawa N, Kawakami Y, et al. Disturbed lipid metabolism in patients with subclinical hypothyroidism: effect of L-thyroxine therapy. *Intern Med* 1994;33:413-7.
9. Tieche M, Lupi GA, Gutzwiller F, Grop PJ, Studer H, Bürgi H. Borderline low thyroid function and thyroid autoimmunity. Risk factors for coronary heart disease? *Br Heart J* 1981;46:202-6.
10. Ridway EC, Cooper DS, Walker H, Rodbbard D, Maloo F. Peripheral responses to thyroid hormone, before and after L-thyroxine therapy in patients with subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab* 1981;53:1238-42.
11. Cooper DS, Halpern R, Wood LC, Levin AA, Ridway EC. L-Thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. *Ann Intern Med* 1984;101:18-24.
12. Bell GM, Todd WT, Forfar JC, Martyn C, Wathen CG, Gow S, et al. Endorgan responses to thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism. *Clin Endocrinol* 1985;22:83-9.
13. Staub JJ, Althaus BU, Engler H, Ryff AS, Trabucco P, Marquardt K, et al. Spectrum of subclinical and overt hypothyroidism: effect on thyrotropin, prolactin and thyroid reserve, and metabolic impact on peripheral target tissues. *Am J Med* 1992;92:631-42.
14. Surks M, Ocampo E. Subclinical Thyroid Disease. *Am J Med* 1996;100:217-223.
15. Pirich C, Müllner M, Sinzinger H. Prevalence and relevance of thyroid dysfunction in 1922 cholesterol screening participants. *J Clin Epidemiol* 2000;53:623-629.
16. Althaus BU, Staub JJ, Ryff-de Lèche A, Oberhänsli A, Stähelin HB. LDL/HDL changes in subclinical hypothyroidism: possible risk factors for coronary heart disease. *Clin Endocrinol* 1988;28:157-63.
17. Caron PH, Calazel C, Parr HJ, Hoff M, Louvet JP. Decreased HDL cholesterol in subclinical hypothyroidism: the effect of L-thyroxine therapy. *Clin Endocrinol* 1990;33:519-23.
18. Evered DC, Ormston BJ, Smith PA, Hall R, Bird T. Grades of hypothyroidism. *BMJ* 1973;1:657-662.
19. Hak E, Pols H, Visser T, Drexhage H, Homan A, Witteman J. Subclinical hypothyroidism is an independent risk for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study. *Ann Intern Med* 2000;132:270-278.
20. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-years follow-up of the Whickam study. *Clin Endocrinol*. 1995;43:55-68.
21. Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, et al. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickam survey. *Clin Endocrinol* 1977;7:48-93.
22. Arem R, Escalante D. Subclinical hypothyroidism: epidemiology, diagnosis and significance. *Ann Intern Med* 1996;41:213-251.
23. Bonna M, Santini F, Rivolta G, Grossi E, Grilli R. Cost effectiveness of screening for subclinical hypothyroidism in the elderly. A decision-analytical model. *Pharmacoeconomics* 1998;14:209-216.
24. Rosenthal MJ, Hunt WC, Garry PJ, Goodwin JS. Thyroid failure in the elderly. Microsomal antibodies as discriminant for therapy. *JAMA* 1987;258:209-13.
25. Michalopoulou G, Alevizaki M, Pipingos G, Mitsubounas D, Mantzos E, Adamopoulos P, et al. High serum cholesterol levels in persons with high-normal TSH levels: should one extend the definition of subclinical hypothyroidism? *Eur J Endocrinol* 1998;138:141-145.
26. Parle JV, Franklyn JA, Cross KW, Jones SR, Sheppard MC. Circulating lipids and minor abnormalities of thyroid function. *Clin Endocrinol* 1992;37:411-414.
27. Ganotakis ES, Mandalaki K, Tampakaki M, Malliaraki N, Mandalakis E, Vrentzos G, et al. Subclinical hypothyroidism and lipid abnormalities in older women attending a vascular disease prevention clinic: effect of thyroid replacement therapy. *Angiology* 2003;54:569-76.
28. Caparevic Z, Bojkovic G, Stojanovic D, Ilic V. Dyslipidemia and subclinical hypothyroidism. *Med Pregl* 2003;56:276-80.

Tabla 1. Características de los pacientes

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)	Grupo control (N=130)
Edad media (años) \pm DE	53,6 \pm 20,3	48,2 \pm 18,4
% mujeres	89,2	80,8
Nivel medio de TSH (mcU/ml) \pm DE	10,4 \pm 14,1	1,9 \pm 0,9
Nivel medio de T4 libre (mg/dl) \pm DE	1,3 \pm 0,2	1,4 \pm 0,8
% con anticuerpos antitiroideos (+)	18,5	1,5
IMC* medio \pm DE	30,3 \pm 5,6	29,0 \pm 6,4

*IMC: Índice de masa corporal.

Tabla 2. Síntomas de hipotiroidismo en los pacientes estudiados

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)		Grupo control (N=130)		P
	n.º	%	n.º	%	
Dolores musculares	24	36,9	17	13,1	0,001
Astenia	20	30,8	22	16,9	0,027
Sequedad de piel	3	4,6	0	0,0	0,036
Aumento de peso	9	13,8	7	5,4	0,042
Somnolencia	4	6,2	1	0,8	0,043
Alopecia	5	7,72	2	1,5	0,042
Pérdida de memoria	6	9,2	5	3,8	NS*
Obesidad	25	38,5	36	27,7	NS
Hipoacusia	1	1,5	2	1,5	NS
Estreñimiento	10	15,4	10	7,7	NS
Depresión	23	35,4	36	27,7	NS
Intolerancia al frío	0	0,0	1	0,8	NS
Síndrome de apnea obstructiva	0	0,0	1	0,8	NS

*NS: no significativo.

Tabla 3. Antecedentes obstétrico-ginecológicos en mujeres

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)		Grupo control (N=130)		P
	n.º	%	n.º	%	
Abortos de repetición	6	10,3	4	3,8	NS*
Hijos con retraso psicomotor	2	3,4	2	1,9	NS
Hijos con bajo peso al nacer	1	1,7	1	1,0	NS
Hipermenorrea	1	1,7	2	1,9	NS
Infertilidad	1	1,7	2	1,9	NS
Síndrome premenstrual	0	0,0	0	0,0	NS
Eclampsia	1	1,7	0	0,0	NS

*NS: no significativo.

Tabla 4. Perfil lipídico en los pacientes estudiados

	Hipotiroidismo subclínico (N=65)	Grupo control (N=130)	P
Colesterol total	216,1 ± 54,4	200,1 ± 45,6	0,034
HDL	60,6 ± 20,4	58,5 ± 13,7	NS**
LDL	141,8 ± 48,3	148,5 ± 30,7	NS
Triglicéridos	115,3 ± 82,3	108,4 ± 58,2	NS
Colesterol total/HDL	4,1 ± 1,4	4,2 ± 1,1	NS

* Nivel medio expresado en mg/dl.

** NS: no significativo.

Figura 1. Proporción de sujetos con hipercolesterolemia en ambos grupos

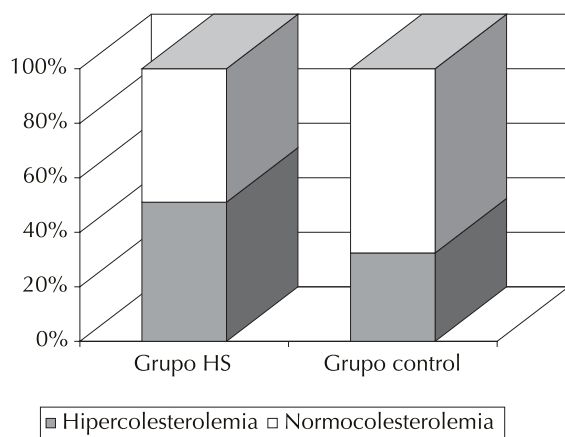
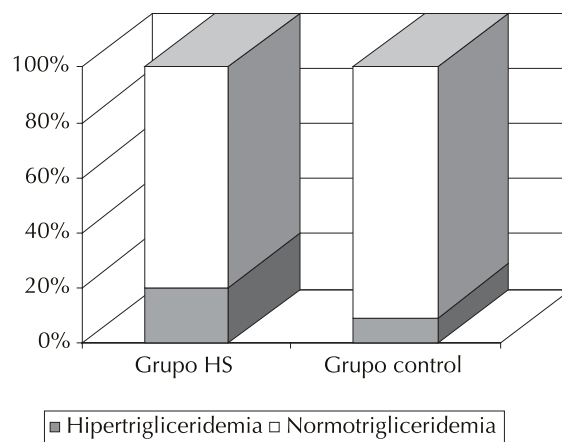


Figura 2. Proporción de sujetos con hipertrigliceridemia en ambos grupos



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria

Sánchez Jiménez J¹, Ramos Herrera CA², Acebal Blanco F³, Arévalo Arévalo RE¹, Molina Martínez M¹.

¹ Médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén;

² Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Distrito sanitario de Jaén, ³ Médico Responsable del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción

La xerostomía se define como la sensación subjetiva de sequedad bucal, pudiendo ir acompañada o no de una disminución en la cantidad de saliva producida. No es una enfermedad sino una situación clínica a la que se llega por multitud de causas. Suele recibir escasa atención por los propios médicos y con frecuencia el mismo paciente no lo refiere hasta que aparece alguna complicación.

La saliva desempeña fundamentalmente las funciones de lubricar la boca y la faringe superior, modular la flora oral y ayudar a la digestión inicial de los alimentos mediante los componentes enzimáticos como son la amilasa y proteasas, ayudar al habla, la deglución y a la sensación del gusto, proteger los dientes debido a que neutraliza los ácidos generados por la fermentación de los carbohidratos y por tener abundante concentración de calcio y fosfatos lo que ayuda a la remineralización dentaria^{1,2}, por último, la saliva forma parte del sistema mucoso inmunitario teniendo propiedades antibacterianas, antivirales y antifúngicas.

Se suele segregar de 1 a 1,5 litros de saliva al día, a un ritmo de 0,4 ml/min en reposo y 2ml/min en estimulación³. Existen factores que influyen en la secreción salival como el ritmo cardiaco produciendo menos secreción salival durante la noche, la dieta (los alimentos blandos producen menos estimulación de la secreción salival), las hormonas, el sexo (el hombre segrega más cantidad de saliva que la mujer) y los estímulos nerviosos mediados por el sistema nervioso autónomo. Si la cantidad de saliva es

menor, la calidad de vida del paciente se afecta considerablemente al aumentar el riesgo de aparición de serios problemas orales. Se consideran valores anormales si se producen de 0,1-0,2ml/min de saliva en reposo y de 0,5-0,7ml/min para la estimulada¹.

Epidemiología

No existen cifras definitivas pero la prevalencia de la xerostomía en la población general es alta, afectando hasta un 20% de los individuos de edades comprendidas entre 18-34 años y hasta un 40% para los mayores de 55 años³.

Existen estudios que ha mostrado que, a excepción de la mujer postmenopausica, no se producen ninguna disminución de la función salival con la edad⁴. Hay autores que sugieren que en personas de edad avanzada existe una disminución de estímulos periféricos extraorales y orales que llevarían a una menor producción de saliva⁵, sin olvidar que son el uso de fármacos xerogénicos la causa más frecuente. Más del 50% de los ancianos consumen fármacos con acción xerogénica.

Etiología

Los factores etiológicos de la xerostomía son múltiples y complejos. Los principales factores implicados son: ciertos fármacos, radiaciones ionizantes (radioterapia), síndrome de Sjogren, tabaco, estados hipovolémicos, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), diferentes enfermedades sistémicas, etc. (tabla 1).

Existen una gran cantidad de medicamentos de uso muy habitual que producen xerostomía^{1,2,6,7} (tabla 2). La sequedad suele aparecer tras su administración prolongada, pero no causan daño permanente en las glándulas salivares. También existe xerostomía por el uso de drogas en los toxicómanos⁸.

Correspondencia: Juan Sánchez Jiménez. C/ Extremadura, n.º 2, portal 4-8.º H. 23008 Jaén. Tlf: 953 256 260/600 916 106.
E-mail: juansanchezjimenez@andaluciajunta.es

Recibido el 7-11-2003; aceptado para publicación el 19-01-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 1: 42-49

El empleo de radiación ionizante en el tratamiento de las neoplasias causa un daño irreversible de las glándulas salivares con mayor afectación del parénquima que del estroma. En algunos casos esta destrucción llega al 90% de la actividad glandular y es la parótida la glándula más afectada. La afectación de las glándulas salivares está directamente relacionada con la dosis de radiación, produciéndose un daño irreversible y permanente con dosis de 4000cGy dirigidas directamente sobre la glándula⁹. La dosis de radioterapia utilizadas en cáncer de cabeza y cuello varían entre los 5000 y 7000Cgy¹⁰. A las cinco semanas de radioterapia, la secreción salival ha cesado y raramente se recupera. La sensación de sequedad oral puede disminuir en un periodo que va de unos cuatro meses a un año debido a la hipertrofia compensatoria del tejido glandular no irradiado y también en parte por la tolerancia que se desarrolla a la continua sensación de sequedad oral. A pesar de esto, después de un año, es pequeña la mejoría de la producción de saliva¹¹. La radioterapia no sólo causa disminución en la cantidad de saliva sino que también disminuye la concentración de bicarbonato con una reducción de la capacidad buffer, del pH y de los niveles de sodio, cloro y otros electrolitos¹¹.

El síndrome de Sjogren (trastorno inflamatorio sistémico crónico de etiología desconocida) se caracteriza por una hipofunción glandular exocrina, que cursa con xerostomía, xeroftalmia y manifestaciones reumáticas¹². Existe un síndrome de Sjogren primario, que no se asocia a enfermedad del tejido conjuntivo, y un síndrome de Sjogren secundario que se asocia a otras colagenopatías.

El consumo excesivo de tabaco puede provocar disminución de la cantidad de saliva, a pesar de que la nicotina actúa inicialmente estimulando la secreción salival. Los estados hipovolémicos producidos fundamentalmente por la fiebre alta y la deshidratación causan xerostomía transitoria. El stress, la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia y la demencia son factores psíquicos causantes de xerostomía. La anorexia nerviosa también puede ir acompañada de hiposaliva. Entre las enfermedades sistémicas, la diabetes se asocia con más frecuencia a la xerostomía en relación con la disminución de volumen de líquido extracelular a consecuencia de la poliuria existente. En los pacientes afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha descrito una entidad similar al síndrome de Sjogren, con infiltrado linfocítico del parénquima glandular originando xerostomía. También se relaciona la xerostomía con otros procesos sistémicos como la hipertensión arterial, hiperlipoproteinemias, alcoholismo crónico, deficiencias vitamínicas, malnutrición, alteraciones neurológicas (esclerosis múltiple), neoplasias, trastornos vasculares, anemias megaloblásticas, etc. Aunque se considera que la xerostomía en estos casos podría ser debido a los tratamientos farmacológicos más que a la enfermedad¹.

Otra situación clínica que se puede dar, es cuando por primera vez se pone prótesis dentales removibles, especialmente de dentaduras completas, debido a una reacción a cuerpo extraño de dicha prótesis, lo cual ocasiona una mayor irritación de los receptores orales. Esto conlleva un mayor consumo de saliva y paradójicamente un balance final negativo con sensación de boca seca.

Clínica

Si procedemos a explorar la boca de un paciente que refiere presentar xerostomía, observamos una mucosa oral seca, poco o nada lubricada. Es característico ver como al introducir un depresor se adhiere a la mucosa al intentar separarlo, y ver zonas eritematosas consecuentes a su irritación por la falta de deslizamiento¹³. La lengua se observa seca, rojiza y algo fisurada pudiendo presentar un cierto grado de escozor sobre todo con alimentos picantes y frutas. Las encías suelen perder el brillo que le es característico, con aparición en ocasiones de gingivitis.

A la sensación de sequedad oral se acompaña de:

- Manifestaciones funcionales como dificultad para hablar, deglutir, comer, alteraciones del gusto con sabor metálico, sensación de picor o ardor oral.
- Manifestaciones dentales como caries de cuello dental y enfermedad periodontal al favorecer la acumulación de placas.
- Halitosis por estancamiento de los alimentos, por los fármacos utilizados o por destrucción de tejidos orales.
- Infecciones orales por candidiasis^{1,2}.

Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de la xerostomía se basa en la demostración objetiva de la hiposecreción salival mediante sialometría tanto del flujo salival basal como estimulado. Sin embargo, para el diagnóstico diferencial de la xerostomía nos apoyaremos en pruebas que analizan tanto la función como la estructura de las glándulas salivales como la gammagrafía salival, biopsia labial, sialografía, ecografía, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) de glándulas salivales, etc.

Tratamiento

Debemos de comenzar identificando las causas que han dado lugar a la xerostomía para eliminar o reducir su impacto. Cuando es causada por fármacos, responde bien al reducirlos, eliminarlos o al sustituirlos por otros menos xerogénicos. Si esto no fuera posible se puede modificar el horario de toma del fármaco para que la sensación de

sequedad oral se produzcan en intervalos horarios que no sean tan discapacitantes. En caso de enfermedad de base como el síndrome de Sjogrén, la diabetes, infecciones por VIH, etc, se deberá controlar médicamente ¹⁴.

Con independencia de las causas de la xerostomía, el paciente debe beber abundantes líquidos para mantener una hidratación adecuada. El uso de humidificadores puede ser de ayuda. Se suele olvidar el valorar la presencia de patología nasofaríngea, que puede inducir a dormir al paciente con la boca abierta y de esta manera aumenta la sequedad oral nocturna. El uso de vaporizadores con acción hidratante con suero fisiológico o los de agua de mar esterilizada, pueden ayudar a esta circunstancia.

1. Estimulantes salivares:

Indicados cuando la glándula todavía conserva cierta funcionalidad. El estímulo se realizará mediante la masticación, por la presencia de sustancias gustativas o por la administración de sialogogos.

1.1. *Masticación*: Es clásico tener en la boca huesos de aceituna, cereza o incluso bolitas de cera de parafina que son sustancias inertes que estimulan la secreción de saliva. También el ingerir a lo largo del día alimentos que requieran una masticación vigorosa como el apio o la zanahoria, ⁶ el uso de chicles sin azúcar con alto contenido en xilitol ¹⁵ e incluso se ha propuesto la utilización de un chicle hidrófilo con la propiedad de liberar saliva artificial de efecto remineralizante ¹⁶.

1.2. *Sustancias gustativas*: El ácido cítrico, bebidas ácidas y limonadas estimulan la secreción salival pero causan desmineralización del esmalte. Actualmente se comercializan pulverizadores de ácido cítrico al 3,5% saturado con fosfato dicálcico (Pro-Flow[®]) que estimula la secreción salival sin descalcificar las estructuras dentales ⁶. También se han usado un compuesto de ácido cítrico, esencia de cítricos, aromas, conservante y disolvente (Saliram[®]) consiguiendo un incremento de la secreción salival en más del 50% de los pacientes ¹⁷.

1.3. *Sialogogos*: fármacos usados por vía sistémica efectivos solo si existe parénquima glandular funcionante residual. Los más empleados son fármacos parasimpaticomiméticos ¹⁸ (Tabla 3).

a) *Pilocarpina*: estimula la secreción de las glándulas lacrimales, salivares, gástricas e intestinales, células mucosas del tracto respiratorio y del páncreas. Los efectos secundarios más frecuentes son la sudoración profusa, náuseas, vómitos, diarrea, lagrimación, miosis, aumento de la frecuencia urinaria, arritmias, hipertensión arterial, agitación y broncoespasmo. El efecto de la pilocarpina comienza a los 15-30 minutos de su administración persistiendo durante unas tres horas. La vía de administración más utilizada es la vía oral. Existe la solución acuosa

de pilocarpina que se dispensa en 500 ml, administrando 5 ml cada 6 horas ¹⁸. Las gotas oftálmicas por vía oral se utilizan al 2% aplicando 4 gotas cada 8 horas ¹⁹. También se han usado tabletas de pilocarpina de 2,5 ó 5 mg ²⁰, siendo la dosis más empleada las tabletas de 5 mg cada 8 horas. Su uso está contraindicado en pacientes con asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades coronarias, hipertiroidismo, iritis, glaucoma de ángulo cerrado (al estar contraindicado la miosis), embarazo y lactancia. Algunos autores han encontrado que la pilocarpina produce un estímulo mayor de la función parotídea en los pacientes con síndrome de Sjogrén 2.º, lo que es atribuible a que en el Síndrome de Sjogrén 1.º el infiltrado inflamatorio origina un mayor grado de disfunción glandular ¹⁹. En la actualidad, en nuestro país no disponemos de preparados comerciales en forma de comprimidos, por lo que debe de recetarse como fórmula magistral. El tratamiento de la xerostomía con pilocarpina consigue en la mayoría de los casos una mejoría subjetiva de los síntomas de sequedad pero los aspectos psicológicos de la aplicación del tratamiento no pueden evitarse, ya que hasta un 25% de los pacientes tratados con placebos también mejoraron subjetivamente ²⁰.

b) *Cevimeline*: es un agente colinérgico con actividad agonista muscarínico estimulando a los receptores muscarínicos M1 y M3 de las glándulas exocrinas. Usado fundamentalmente en pacientes que presentan síndrome de Sjogrén a dosis de 30 mg tres veces al día. (Saligren[®] 30 mg) Los efectos secundarios son fundamentalmente trastornos gastrointestinales ²¹.

c) *Anetoltritiona*: es un sialogogo de eficacia controvertida, actuando directamente sobre las células secretoras de las glándulas salivares. El efecto más frecuente es la diarrea. Está contraindicado en el embarazo, en la lactancia, en pacientes con ictericia, cirrosis y obstrucción del tracto biliar (debido a su metabolismo hepático). Se ha utilizado a dosis de 75 y 100 mg/día cada 8-12 horas ²². Disponemos de un preparado comercial de 50 mg.

d) *Betanecol*: Análogo de la acetilcolina pero resistente a la destrucción por la colinesterasas, lo que se traduce en un efecto más prolongado y más estable en la administración oral. Contraindicado en personas con úlcera péptica, bradicardia, oclusión coronaria, Parkinson, asma, obstrucción intestinal y urinaria. Los efectos secundarios, dependientes de la dosis, son raros por vía oral y los más frecuentes son malestar abdominal, diarreas, urgencias urinaria, cefaleas, sudoración, broncoconstricción y lagrimeo. Se ha utilizado en pacientes con sequedad oral tras radioterapia por cáncer de cabeza y cuello a dosis entre 25 y 150 mg/día ²³. El Betanecol se comercializa en comprimidos de 20 mg.

e) *Bromexina*: Es un mucolítico que actúa disminuyendo la viscosidad de las secreciones mucosas. Contraindicado en el embarazo, lactancia y en pacientes con úlcera péptica activa. Se comercializa en forma de ampollas (4 mg/2 ml), comprimidos de 4 mg y gotas de 2 mg/ml. Se ha empleado para el tratamiento de la xerostomía en el síndrome de Sjögren, aunque no se encontraron diferencias significativas frente a un placebo²⁴.

f) *Piridostigmina*: Es un anticolinesterásico, indicado en el tratamiento de la miastenia grave. Como efecto secundario más grave que aparece a altas dosis es una reacción psicótica aguda. Para el tratamiento de la xerostomía se ha empleado a dosis progresivas, comenzando por 3 mg/día y aumentando progresivamente hasta obtener la respuesta salival o al presentar efecto secundario importante. También se ha usado en comprimidos de liberación lenta en los pacientes con xerostomía causada por antiarritmicos a dosis de 180 a 540 mg/día²⁵. En España se comercializa el cloruro de piridostigmina en comprimidos de 60 mg. Existe poca experiencia para el tratamiento de la xerostomía el uso de otros anticolinesterásicos como la neostigmina y la distigmina.

g) *Sorbitol*: En el último año, disponemos de una presentación comercial (Secrecime[®]) cuyos componentes son el sorbitol (azúcar estimulante de la salivación que no pueden descomponer las bacterias), ácido málico, citrato sódico, ácido cítrico (estimulantes de la salivación y que no lesionan los dientes), fosfato calcio dibásico (para proteger los dientes), aceite de algodón hidrogenado, estereato magnésico y dióxido de silicón. Se presenta en forma de comprimidos, pudiendo tomar hasta un máximo de 16 comprimidos/día (disolviéndose en boca de forma lenta cada vez que sea necesario), incrementando la producción de saliva en personas con reducida función glandular salival, protegiendo los dientes, y con gusto neutro, fresco y agradable^{26, 27}.

2. Sustitutos salivales:

Además de la gran importancia de la ingesta abundante de agua y líquidos, se emplean diferentes sustancias que actúan como sustitutos o salivas artificiales. Constituyen un tratamiento paliativo en aquellos casos en los que existe una pérdida de parénquima glandular funcional y como tratamiento coadyuvante de los sialogogos. Las salivas artificiales son compuestos que contienen agua, electrolitos, mucinas, glucoproteínas, carboximetilcelulosas, enzimas, edulcorantes, conservantes como el metilhidroxibenzoato y a veces fluoruro (tabla 4). Las salivas artificiales, aplicadas en forma de solución líquida, geles, pastilla o bien mediante 2 ó 3 pulverizaciones durante dos segundos utilizados tantas veces al día como sea necesario y manteniéndola en boca durante un tiempo. Existe una fórmula magistral para saliva artificial que consta

de 20 ml de una solución de metilcelulosa al 4%, 10 ml de glicerina, una gota de aceite de limón y suero salino suficiente para completar 90 ml de solución²⁸. Existen autores que prefieren la mucina a la carboximetilcelulosa porque actúa como un vehículo de liberación lenta, lo que hace que su acción sea más prolongada en la cavidad oral¹⁵. Los sustitutos salivales que contienen fluoruro sódico y un pH entre 6-7 se comercializan con los nombres de Luborant[®] y saliva Orthana[®]. El Glandosane[®] no contiene fluoruro sódico con un pH de 5,1 por lo que solo podrá usarse en edéntulos²⁸. Otra alternativa es el empleo de mucina, procedente de extracto de glándulas salivales de bovino²⁹. En España, disponemos de un aerosol (Bucohidrat[®]) compuesto por cloruro sódico, hidropomelos 4500, cloruro de benzalconio, sacarina sódica, timol, esencia de menta, hierbabuena, amaranto y agua. Hay autores que han propuesto la creación de un banco de saliva para los individuos que van a ser sometidos a radioterapia almacenando la saliva antes de iniciar el tratamiento, congelándola, liofilizándola, añadiendo agua y clorhexidina, para administrarla de forma progresiva cuando el enfermo presente la xerostomía³⁰. La leche se ha propuesto como un sustituto salival, proporcionando humedad y lubricación a la mucosa deshidratada, ayudando a la masticación, deglución y limpieza de restos, neutralizando los ácidos orales, reduciendo la solubilidad del esmalte y contribuyendo a la remineralización por su contenido en calcio y fósforo³¹. La ingesta repetida de agua durante el día, así como el uso de un aerosol de agua, puede tener la misma efectividad que el empleo de una saliva artificial³². Por último, existen estudios recientes sobre el uso de productos de higiene oral que contengan «calostro bovino» que es rico en sustancias antimicrobianas y en factores de crecimiento usado sobre todo en pacientes con síndrome de Sjögren que presenten manifestaciones orales secundarias a la xerostomía³³.

En nuestra práctica diaria, observamos que una parte de los pacientes rechazan el uso de sustitutos salivales por notar cierta sensación pastosa y otros lo usan esporádicamente al no ser reembolsados por el sistema nacional de salud.

3. Otras alternativas:

Hoy en día no disponemos de tratamientos satisfactorios por lo que se sigue probando nuevos métodos para solucionar el problema de la xerostomía. Existen trabajos que aplican estimulación eléctrica en lengua y paladar para estimular los nervios orales y faríngeos e inducir el incremento de saliva³⁴. En los pacientes con prótesis dentarias, se ha propuesto la posibilidad de incorporar pequeños reservorios para contener saliva u otros líquidos³⁵. En animales de experimentación se ha empleado alfa-tocoferol y beta-carotenos como profilaxis del daño

salival antes del tratamiento con radioterapia³⁶. La acupuntura ha sido otra medida a utilizar sobre todo en pacientes que han recibido radioterapia y el incremento de la secreción salival podría explicarse por el desencadenamiento de mecanismos reflejos, que inducirían la excitación parasimpática e incrementaría el metabolismo de las células acinares mioepiteliales y del conducto salival³⁷.

Tratamiento preventivo y de las complicaciones

Las complicaciones debidas a la xerostomía fundamentalmente son: caries, periodontitis, candidiasis y dolor.

Para prevenir la caries y la periodontitis lo fundamental es la rigurosa higiene oral, junto al empleo de geles con alto contenido en fluor (al 1,1% o con 5000 ppm de fluoruro sódico) aplicados entre 5 y 10 minutos diarios³⁸, así como el empleo de dentífricos con enzimas como peroxidasa salival³⁹. Es mejor utilizar como detergente en los dentífricos un amonio cuaternario como el betaine, ya que no causa irritación de la mucosa oral como ocurre con el lauril sulfato de sodio que es el utilizado comúnmente. La aplicación de geles de clorhexidina aplicados sobre la encía de forma directa o mediante cubetas individuales han sido efectivas en la reducción de los niveles de streptococcus mutans. Enjuagues con soluciones salinas y bicarbonato sódico, actúan neutralizando los fluidos orales, disolviendo el moco y los pequeños restos de alimentos. Se deben de extraer las piezas dentarias que por su estado no sean susceptibles de reconstrucción, al igual que los restos radiculares que pudieran estar en la boca. Las prótesis dentales removibles tendrán que ser revisadas para obtener un apoyo, una retención y una estabilidad correcta, evitando fundamentalmente las irritaciones sobre la mucosa, de la misma manera que debe vigilarse su limpieza. La sequedad oral favorece la sobrecolonización por cándida sobre todo en paladar blando y lengua⁴⁰, respondiendo bien a tratamientos con antimicóticos. La nistatina en solución es eficaz a dosis de 4-6 ml/6 horas (100.000 U/ml), al igual que el empleo de grageas 2-4/día (500.000 U/gragea). El tratamiento debe de mantenerse de 7 a 15 días. El miconazol, se puede emplear en forma de gel al 2%, o en comprimidos de 250 mg/6 horas, manteniéndolo en boca el mayor tiempo posible. La anfotericina B está indicado en casos de candidiasis oral resistente a otros antifúngicos, utilizándolo en forma de comprimidos de 10 mg disueltos en boca 4 ó 5 veces/día durante 10-15 días. En los casos más severos se puede emplear antimicóticos por vía sistémica. Los pacientes portadores de prótesis dentales móviles, se debe de extremar las medidas higiénicas para evitar la sobrecolonización por cándidas, por lo que es conveniente sumergir la prótesis durante la noche en una solución de clorhexidina o hipoclorito sódico. Y en relación al dolor oral en

pacientes que presentan xerostomía que suele incrementarse con las comidas, podría tratarse con enjuagues de lidocaina al 2% o dilonina al 0,5-1% durante 1 minuto, sin tragarlo antes de la ingesta de los alimentos⁶. En caso de sequedad labial, pueden emplearse cremas hidratantes.

Bibliografía

1. Bullón P, Martínez A, Velasco E. La xerostomía: fisiopatología, etiopatogenia, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. RCOE 1997; 2: 619-30.
2. López P, Bermejo A. Desórdenes del flujo salival: hiposecreción e hipersecreción salival. *Medic oral* 1996; 1: 96-106.
3. Sreebny LM, Valdini A. Xerostomía. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998; 66: 451-8.
4. Heft MW, Baum BJ. Unstimulated parotid flow rates in individuals of different ages. *J Dent Res* 1984; 63: 1182-5.
5. Handelman SL, Baric JM, Espeland MA, Berglund KL. Prevalence of drugs causing hyposalivation in an institutionalized geriatric population. *Oral Surg* 1986; 62: 26-31.
6. López P, Bermejo A, Sánchez A, Saura M, Oñate R. Criterios terapéuticos ante una xerostomía. *Arch Odont-Estomatol* 1996; 9: 571-4.
7. Smith RG, Burtner P. Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs. *Spec Care Dent* 1994; 14: 96-102.
8. Wikstrom L. Narcotics and teeth. *Oral Res* 1981; 6:460-4.
9. Carl W. Managing the oral manifestations of cancer therapy, part I: head and neck radiation therapy. *Compend Contin Educ Dent* 1998; 9: 306-18.
10. Semba SE, Mealey BL, Hallmon WW. The head and neck radiotherapy patient: Part I oral manifestations of radiation therapy. *Compend Contin Educ Dent* 1994; 15: 250-60.
11. Funegard U, Franzen L, Ericson T, Henriksson R. Parotid saliva composition during and after irradiation of head and neck cancer. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994; 30:230-3.
12. Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Primary Sjögren's syndrome (pSS): subjective symptoms and salivary findings. *Oral Pathol Med* 1999; 28:303-11.
13. Daniels TE. Benign lymphoepithelial lesion and Sjögren's syndrome. En Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR. *Surgical Pathology of the Salivary Glands*. Filadelfia: WB Saunders 1991; 83-106.
14. Guíjarro B, López AF, Hernández G. Tratamiento de la xerostomía. Una revisión. *Med Oral* 2001; 6:7-18.
15. S'Gravenmade EJ, Vissink A. Mucin-containing lozenges in the treatment of intraoral problems associated with Sjögren's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:466-71.
16. Papas A. A hydrophilic chewing gum for xerostomic patients. *J Dent Res* 1979; 58:421-5.
17. Spielman A, Ben-Aryeh H, Gutman D, Szargel R, Deutsch E. Xerostomia. Diagnosis and treatment. *Oral Med* 1981; 51:144-7.
18. Ferguson MM, Hayes P, Highton J, Jones DS, MacFadyen EE, Palmer DG. Pilocarpine oral solution. *Br Dent J* 1991; 170: 251-4.
19. Rhodus NL, Schuh MJ. Effects of pilocarpine on salivary flow in patients with Sjögren's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1991; 72: 545-9.
20. Fox PC. Scientist find remedy for patients suffering from post-irradiation xerostomia. *JADA* 1994; 125:132-6.
21. Fife RS, Chase WF, Dore RK, Wiesenhuber CW, Lockhart PB, Tind Suen JY. Cevimeline for treatment of xerostomia in patients with Sjögren syndrome: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2002; 162:1293-300.
22. Epstein JB, Decoteau WE, Wilkinson A. Effect of Sialor in treatment of xerostomia in Sjögren's syndrome. *Oral Surg* 1983; 56:495-9.
23. Epstein JB, Burchell JL, Emerton S, Le ND, Silverman S. A clinical trial of bethanechol in patients with xerostomia after radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:610-4.
24. Tapper-Jones LM, Aldred MJ, Cadogan SJ. Sjögren's syndrome treated with bromexine: A reassessment. *Br Med J* 1980; 1:1356-9.
25. Navazesh M. Xerostomia: diagnosis and treatment. *Am J Otolaryngol* 1983; 4:283-292.
26. Ericson T, Lindberg A. Clinical trial of a saliva-stimulating Tablet, SST. *Tandlakartidningen* 1982; 74:713-6.

27. Axelsson P, Larsson UB. The saliva stimulating tablet SST in long-term clinical trial. *Tandlakartidningen* 1991; 83: 698-9.
28. Nicholls C, Ilankovan V. An audit of oral and dental health regimens practised in the management of oropharyngeal cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56:65-9.
29. S'Gravenmade EJ, Roukema PA, Panders AK. The effect of mucin-containing artificial saliva in sever xerostomia. *Int J Oral Surg* 1974; 3:435-9.
30. Sreebny LM, Zhu W, Schwartz SS, Meek AG. The preparation of an autologous saliva for use with patients undergoing therapeutic radiation for head and neck cancer. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:131-9.
31. Herod EL. The use of milk as a saliva substitute. *J Public Health Dent* 1994; 3:184-9.
32. Field EA, Longman LP, Bucknall R, Kaye SB, Higham SM, Edgar WM. The establishment of a xerostomia clinic: a prospective study. *Br J Oral Maxillof Surg*, 1997; 35:96-103.
33. Pedersen AM, Andersen TL, Reibel J, Holmstrup P, Nauntofte B. Oral findings in patients with primary Sjogren's syndrome and lichen planus a preliminary study on the effects of bovine colostrums containing oral hygiene products. *Clin Oral Investig* 2002; 6:11-20.
34. S  ller M, Chou L, Daniels TE. Electrical stimulation of salivary flow in patients with Sjögren syndrome. *J Dent Res* 1988; 67:1334-7.
35. Vissink A, Huisman MC, Gravenmade EJ. Construction of an artificial saliva reservoir in an existing maxillary denture. *J Prosthet Dent* 1986; 56:70-4.
36. Funegard Y, Johansson Y, Malmer B, Henriksson R, Ericson T. Can α -tocopherol and β -caroteno supplementation reduce adverse radiation effects on salivary glands. *Eu J Cancer* 1995; 31:2347-53.
37. Blom M, Dawidson Y, Fernberg JO, Jonson G, Angmar-Mansson B. Acupuncture treatment of patients with radiation-induced xerostomia. *Oral Oncol, Eur J Cancer* 1996; 32:182-90.
38. Epstein JB, Van Der Meij EH, Emerton SM, Le ND, Stevenson-Moore P. Compliance with flouride gel use in irradiated patines. *Spec Care Dent* 1995; 15:218-22.
39. Toljanic JA, Siddiqui AA, Patterson GL, Irwin ME. An evaluation of a dentifrice containing salivary preoxidase elements for the control of gingival disease in patients with irradiated head and neck cancer. *J Prosthet Dent* 1996; 76: 292-5.
40. Scully C, Epstein JB. Oral Heath care for the cancer patient. *Oral Oncol, Eur J Cancer* 1996; 32:281-92.

Tabla 1. Causas comunes de xerostomía

1. Fármacos
2. Radioterapia cervical
3. Síndrome de Sjögren
4. Envejecimiento
5. Deshidratación
6. Diabetes mellitus
7. Obstrucción nasal
8. Enfermedades psiquiátricas
9. Sarcaidosis

Tabla 2. Principales fármacos implicados en la xerostomía

Anorexígenos centrales	Noradrenérgicos: Xerotoninérgicos:	Anfetaminas, Anfepramona, Cobenzorex, Fenproporex Dexfenfluramina, Fenfluramina
Antihipertensivos	Hipotensores de acción central: Bloqueadores alfaadrenérgicos: Bloqueadores betaadrenérgicos Diuréticos Inhibidores de la angiotensina antagonistas del calcio	Clonidina, Guanfacina, Metildopa Prazosina
Analgésicos	Pirazonas: Opiáceos:	Metamizol Dextropropoxifeno, codeína, Dihidrocodeína, Tramadol, Morfina
Antiparkinsonianos	Dopaminérgicos: Anticolinérgicos:	Levodopa, Carbidopa, Bromocriptina, Amantadina, Se- ligilina. Biperideno, Trihexifenidilo
Antipsicóticos	Fenotiacinas: Butirofenonas: Tioxantenos: Ortopramidas: Otros:	Clorpromacian, Levomepromacian, Pipotiaccina, Tiorida- zina Haloperidol Zuclopentisol Sulpirida, Tiaprida Loxapina, Pirnocida
Antidepresivos	Tricíclicos: Heterocíclicos: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Amitriptilina, Trirnipramina Amoxapina, Maprotilina
Ansiolíticos	Benzodiazepinas Zolpidem Zopiclona	
Antiespasmódicos	Atropina, Otilonio bromuro, Emepronio bromuro, Oxibutinina	
Antihistamínicos	Antihist. H1: Antihist. H2	Difenhidramina, Clemastina, Alimerrazina
Miscelánea	Omeprazol Parches transdérmicos de nicotina Sucralfato Acido retinoico Antivirales	

Tabla 3. Fármacos parasimpaticomiméticos con efecto sialogogo

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilocarpina 2. Antoltritiona 3. Tetanelol 4. Piridostgmina 5. Neostigmina 6. Distigmina 7. Carbacol |
|--|

Tabla 4. Tipos de sustitutos salivales y formas de presentación.

TIPOS DE SUSTITUTOS SALIVALES	PRESENTACIÓN
Soluciones iónicas acuosas	Líquidas (Sali-Synt®)
Soluciones iónicas acuosas con carboximetilcelulosa	Líquidas; Aerosol. (Saliment®)
Soluciones con mucina	Aerosol, goma, pastillas. (Saliva Orthana®)
Soluciones con glicoproteína	Líquida (Mouth Kote®)
Preparaciones con enzimas	Gel (Oral Balance®)

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(1 de julio a 30 de septiembre de 2003)

Rosado Bello I, Gálvez Alcaraz A, Jiménez López AM, Lahoz Rallo B, Manteca González A, Morata García de la Puerta J, Rodríguez Pappalardo V, Sánchez García C.

Médicos de familia

Los artículos, publicados entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2003, aparecen a continuación clasificados por ÁREAS DE INTERÉS, debajo de cada cual aparecen las reseñas bibliográficas correspondientes. Algunos artículos han sido clasificados bajo 2 ó 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 casos y controles
- (S) Observacional analítico de seguimiento / cohortes
- (QE) Quasi experimental
- (EC) Experimental ensayo clínico
- (M) Metaanálisis y Revisiones Sistemáticas

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.

Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Aten Primaria* 2003; 32: 135-141 [C, I]

Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003; 32: 288-295 [T, I]

Turabián JL, Pérez B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 296-299 [AO, I]

Brink-Muinen A, Verhaak P, Bensing J, Bahrs O, Deveugele M, Gask L et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003;20:478-485 [T, II]

Lenfant C. Clinical research to clinical practice - lost in translation? *N Eng J Med* 2003; 349: 868-874 [AO, II]

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

Schoofs MWCJ, van der Klift M, Hofman A, de Laet CEDH, Herings RMC, Stijnen T et al. Thiazide diuretics and the risk for hip fracture. *Ann Intern Med*. 2003;139: 476-482 [S, I]

Llor C. Abordaje de la dislipemia en la diabetes mellitus en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 240-252 [R, II]

Hutchinson A, McIntosh A, Anderson J, Gilbert C, Field R. Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 690-696 [T, II]

Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 684-689 [C, I]

Cottrell DA, Marshall BJ, Falko JM. Therapeutic approaches to dyslipidemia in diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Curr Opin Cardiol* 2003 ;18: 301-308 [AO, I]

Goudswaard AN, Stolk RP, de Valk HW, Rutten GE. Improving glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus without insulin therapy. *Diabet Med* 2003 Jul; 20: 540-544 [S, II]

Krum H, Skiba M, Gilbert RE. Comparative metabolic effects of hydrochlorothiazide and indapamide in hypertensive diabetic patients receiving ACE inhibitor therapy. *Diabet Med* 2003; 20: 708-712 [T, I]

Keating GM, Jarvis B. Carvedilol: a review of its use in chronic heart failure. *Drugs* 2003; 16: 1697-1741 [R, I]

Hersberger M, Eckardstein A. Low high-density lipoprotein cholesterol: physiological background, clinical importance and drug treatment. *Drugs* 2003; 18: 1907-1945 [R, I]

Schiel R, Franke S, Busch M, Muller A, Fleck C, Muller UA et al. Effect of smoking on risk factors for cardiovascular disease in patients with diabetes mellitus and renal insufficiency. *Eur J Med Res*. 2003; 8: 283-291 [T, I]

Janssens HJ, Lisdonk EH, Bor H, Hoogen HJ, Janssen M. Gout, just a nasty event or a cardiovascular signal? A study from primary care. *Fam Pract* 2003; 20: 413-416 [CC, I]

Silva M, Ortigosa J. Betabloqueantes en insuficiencia cardiaca: indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 90-96 [R, II]

Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA* 2003; 290: 86-97 [M, II]

Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA* 2003; 290: 199-206 [T, II]

- Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. STOP-NIDDM Trial Research Group. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance: the STOP-NIDDM trial. *JAMA* 2003; 290: 486-494 [EC, II]
- Hackam DG, Anand SS. Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease. A critical review of the evidence. *JAMA* 2003; 290: 932-940 [R, II]
- Rius F, Salinas I, Lucas A, Romero R, Sanmarti A. A prospective study of cardiovascular disease in patients with Type 2 diabetes. 6.3 years of follow-up. *J Diabetes Complications* 2003; 17: 235-242 [S, II]
- Poole-Wilson PA, Swedberg K, Cleland JG, Lenarda A, Hanrath P, Komajda M et al. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol or Metoprolol European Trial (COMET): randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 362: 7-13 [EC, II].
- Krum H, Gilbert RE. Demographics and concomitant disorders in heart failure. *Lancet* 2003; 362: 147-158 [R, I]
- Baglin T, Luddington R, Brown K, Baglin C. Incidence of recurrent venous thromboembolism in relation to clinical and thrombophilic risk factors: prospective cohort study. *Lancet* 2003; 362: 523-526 [S, I]
- Durrington P. Dyslipidaemia. *Lancet* 2003; 362: 717-731 [R, I]
- Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, Held P, McMurray JJ, Michelson EL et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet* 2003; 362: 759-766 [EC, II]
- Fox KM. European trial on reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003; 362: 782-788 [EC, II]
- Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-852 [T, I]
- Hernández A, Riera C, Solá E, Oliver MJ, Martínez ML, Morillas C et al. Prevalencia del síndrome metabólico entre pacientes con cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 204-208 [T, I]
- Brotos C, Cascanta P, Ribera A, Moral I, Permanyer G. Utilidad de la medición del riesgo coronario a partir de la ecuación del estudio de Framingham: estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 327-330 [CC, II]
- Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. De la ecuación de Framingham a la prevención cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 334-336 [AO, II]
- DIABETES:**
- Bolaños E, Sarría-Santamer A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003; 32: 195-200 [C, I]
- Llor C. Abordaje de la dislipemia en la diabetes mellitus en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32: 240-252 [R, II]
- Cottrell DA, Marshall BJ, Falko JM. Therapeutic approaches to dyslipidemia in diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Curr Opin Cardiol* 2003; 18: 301-308 [AO, I]
- Colwell JA, Nesto RW. The platelet in diabetes: focus on prevention of ischemic events. *Diabetes Care* 2003; 26: 2181-2188 [R, II]
- Schwartz S, Sievers R, Strange P, Lyness WH, Hollander P. INS-2061 Study Team. Insulin 70/30 mix plus metformin versus triple oral therapy in the treatment of type 2 diabetes after failure of two oral drugs: efficacy, safety, and cost analysis. *Diabetes Care* 2003; 26: 2238-2243 [CC, II]
- Larsen JR, Sjöholm H, Hanssen KF, Sandvik L, Berg TJ, Dahl-Jørgensen K. Optimal blood glucose control during 18 years preserves peripheral nerve function in patients with 30 years' duration of type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 2400-2404 [S, II]
- Krum H, Skiba M, Gilbert RE. Comparative metabolic effects of hydrochlorothiazide and indapamide in hypertensive diabetic patients receiving ACE inhibitor therapy. *Diabet Med* 2003; 20: 708-712 [T, I]
- Dunne F, Brydon P, Smith K, Gee H. Pregnancy in women with Type 2 diabetes: 12 years outcome data 1990-2002. *Diabet Med* 2003; 20: 734-738 [T, II]
- Goudswaard AN, Stolk RP, de Valk HW, Rutten GE. Improving glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus without insulin therapy. *Diabet Med* 2003; 20: 540-544 [S, II]
- Schiel R, Franke S, Busch M, Müller A, Fleck C, Müller UA et al. Effect of smoking on risk factors for cardiovascular disease in patients with diabetes mellitus and renal insufficiency. *Eur J Med Res.* 2003; 8: 283-291 [T, I]
- Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. STOP-NIDDM Trial Research Group. Acarbose treatment and the risk of cardiovascular disease and hypertension in patients with impaired glucose tolerance: the STOP-NIDDM trial. *JAMA* 2003; 290: 486-494 [EC, II]
- Rius F, Salinas I, Lucas A, Romero R, Sanmarti A. A prospective study of cardiovascular disease in patients with Type 2 diabetes. 6.3 years of follow-up. *J Diabetes Complications* 2003; 17: 235-242 [S, II]
- CÁNCER.** Incluye: mama, cérvix, próstata, colon, otros.
- Martín A, Alonso L, Ordiz I, Vázquez J, Vizoso F. Utilidad clínica de los marcadores tumorales séricos. *Aten Primaria* 2003; 32: 227-239 [R, I]
- Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003; 327: 195-198 [M, I]
- Evans LS, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. *Lancet* 2003; 362: 139-146 [R, I]
- Pastorino U, Bellomi M, Landoni C, Fiori E, Arnaldi P, Picchio M et al. Early lung-cancer detection with spiral CT and positron emission tomography in heavy smokers: 2 year results. *Lancet* 2003; 362: 593-597 [S, I]
- Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG et al. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *N Eng J Med* 2003; 349: 215-224 [S, II]
- Nelson WG, De Marzo AM, Isaacs WB. Prostate cancer. *N Eng J Med* 2003; 349: 366-381 [R, II]
- INFECCIOSAS.** Incluye: VIH/SIDA, tuberculosis, tropicales, enfermedades de declaración obligatoria, hepatitis, vacunas, infecciones urinarias, neumonías.
- Headley AJ. Necrotizing soft tissue infections: a primary care review. *Am Fam Physician* 2003; 68: 323-328 [AO, II]
- Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Aten Primaria* 2003; 32: 216-222 [T, I]
- Vicente D, Cilla G, Pérez-Trallero E. Tratamiento del Herpes Zoster. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 81-89 [R, II]

- Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, D'Arminio A et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 2003; 362: 22-29 [S, I]
- Kuiken T, Fouchier R, Schutten M, Rimmelzwaan GF, Amerongen Gv, Riel D et al. Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet* 2003; 362: 263-270 [S, I]
- Gajalakshmi V, Peto R, Santhanakrishna T, Jha P. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *Lancet* 2003; 362: 507-515 [CC, I]
- Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. *Lancet* 2003; 362: 887-899 [R, II]
- ASMA/BRONQUITIS CRÓNICA:**
- Rey J, Fernández MC, Meijide L, Zamarrón C, González-Quintela A, Gude F. Eficacia de la pulsioximetría en el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva durante el sueño en un estudio poblacional. *Aten Primaria* 2003; 32: 144-49 [T, I]
- Marín JM. Principales parámetros de función pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Aten Primaria* 2003; 32: 169-176 [R, I]
- Flor X, Rodríguez M, Gallego L, Álvarez I, Juvanteny J, Fraga MM et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? *Aten Primaria* 2003; 32: 269-273 [T, I]
- Llauger MA, Naberan K. GOLD: estrategia mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Aten Primaria* 2003; 32: 306-310 [R, II]
- Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, MC Hugh A, Bui C. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 2003; 327: 523-526 [EC, II]
- Barr RG, Rowe BH, Camarge CA. Methylxantines for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2003; 327: 634-636 [M, III]
- Donnelly LE, Rogert DF. Therapy for chronic obstructive pulmonary disease in the 21st century. *Drugs* 2003; 19: 1973-1998 [R, II]
- Calverley PMA, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2003; 362: 1053-1061 [R, II]
- SALUD MENTAL.** Incluye: demencias, y drogodependencias ilegales y legales (no tabaquismo).
- Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 557-562 [R, II]
- Wong M, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 697-702 [C, II]
- Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: a qualitative study. *Fam Pract* 2003; 20: 376-381 [C, II]
- Hartley K, Phelan M. The needs of children of depressed mothers in primary care. *Fam Pract* 2003; 20: 390-392 [T, I]
- Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 603-611 [EC, II]
- Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. Two randomized controlled trials. *JAMA* 2003; 290: 1033-1041 [EC, II]
- Hollander E, Phillips AT, Yeh CC. Targeted treatments for symptom domains in child and adolescent autism. *Lancet* 2003; 362: 732-734 [C, I]
- Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 367-374 [S, II]
- ENFERMEDADES/PROBLEMAS PREVALENTES:**
- Springer K, Brown M, Stulberg D. Common hair loss disorders. *Am Fam Physician* 2003; 68: 93-102, 107-108 [AO, I]
- Magill MK, Gunning K, Saffel-Shrier S, Gay C. New developments in the management of hypertension. *Am Fam Physician* 2003; 68: 853-858, 865-866 [AO, II]
- Isaacson JE, Vora NM. Differential diagnosis and treatment of hearing loss. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1125-1132 [AO, I]
- Neuner JM, Hamel MB, Phillips RS, Bona K, Aronson MD. Diagnosis and management of adults with pharyngitis. A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2003; 139: 113-122 [M, I]
- Purdy S, Langston J, Tait L. Presentation and management of acne in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 525-529 [S, I]
- Hinman RS, Crossley KM, McConnell J, Bennell KL. Efficacy of knee tape in the management of osteoarthritis of the knee: blinded randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 135-138 [EC, II]
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327: 323-325 [M, II]
- Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London General Practice: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 423-426 [T, I]
- Viljanen M, Malmivaara A, Vitti J, Rinne M, Palmroos P, Laippala P. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 475-477 [EC, II]
- Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2003; 327: 536-540 [M, II]
- Bravata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkin I, Gardner CD et al. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets. A systematic review. *JAMA* 2003; 289: 1837-1850 [M, I]
- Cooper DS. Hyperthyroidism. *Lancet* 2003; 362: 459-468 [R, I]
- MEDIOS DIAGNÓSTICOS:**
- Rey J, Fernández MC, Meijide L, Zamarrón C, González-Quintela A, Gude F. Eficacia de la pulsioximetría en el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva durante el sueño en un estudio poblacional. *Aten Primaria* 2003; 32: 144-149 [T, I]
- Martín A, Alonso L, Ordiz I, Vázquez J, Vizoso F. Utilidad clínica de los marcadores tumorales séricos. *Aten Primaria* 2003; 32: 227-239 [R, I]
- Poller L, Keown M, Chauhan N, Van den Besselaar AM, Tripodi A, Shlach C et al. Reliability of international normalised ratios from two points of care test systems: comparison with conventional methods. *BMJ* 2003; 327: 30-32 [T, I]
- English DR, Burton RC, del Mar CB, Donovan RJ, Ireland PD, Emery G. Evaluation of aid to diagnosis of pigmented skin lesions in General Practice: controlled trial randomised by practice. *BMJ* 2003; 327: 375-378 [EC, I]
- Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 367-374 [S, II]

INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

Gascón JA, Navarro B, Gascón FJ, Pérula LA, Jurado A, Montes G. Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Aten Primaria* 2003; 32: 216-222 [T, I]

Hartley K, Phelan M. The needs of children of depressed mothers in primary care. *Fam Pract* 2003; 20: 390-392 [T, I]

Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 603-611 [EC, II]

Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. Two randomized controlled trials. *JAMA* 2003; 290: 1033-1041 [EC, II]

Baile JI, Guillén F, Garrido E. Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 173-177 [T, I]

MUJER Y SALUD. Incluye: planificación familiar, embarazo, aborto, menopausia, mujer y medicina.

Quinla JD, Hill DA. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2003; 68: 121-128 [R, II]

Richardson M. Current perspectives in polycystic ovary syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 68: 697-704 [AO, I].

Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 557-562 [R, II]

Wong M, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 697-702 [C, II]

Li D-K, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ* 2003; 327: 368-371 [S, II]

Dunne F, Brydon P, Smith K, Gee H. Pregnancy in women with Type 2 diabetes: 12 years outcome data 1990-2002. *Diabet Med* 2003; 20: 734-738 [T, II]

Becerra-Fernández A. Abordaje farmacológico en la menopausia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 105-11 [R, II]

Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR. Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) Study. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 207-214 [EC, II]

Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. *Lancet* 2003; 362: 185-191 [S, I]

ANCIANOS:

Xakellis GC, Robinson M. A strategy for teaching students concepts of population-based health care for older persons. *Acad Med* 2003; 78: 789-792 [AO, I]

Sitjas E, San José A, Armadans L, Mundet X, Vilardell M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Primaria* 2003; 32: 282-287 [S, II]

Etminan M, Gill S, Samii A. Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on risk of Alzheimer's disease: systematic reviews and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2003; 327: 128-131 [M, I]

Lawlor DA, Patel R, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic disease and drug use: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 712-715 [T, II]

URGENCIAS Y EMERGENCIAS:

Sirven J, Waterhouse E. Management of status epilepticus. *Am Fam Physician* 2003; 68: 469-476 [R, II]

Meyer JS, Mehdirdad A, Salem BI, Kulikowska A, Kulikowski P. Sudden arrhythmia syndrome: importance of the long QT syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 68: 483-488 [R, II]

Santaló M, Benito S, Vázquez G. Infarto agudo de miocardio: tratamiento fibrinolítico en urgencias. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 221-227 [R, II]

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

Neuner JM, Hamel MB, Phillips RS, Bona K, Aronson MD. Diagnosis and management of adults with pharyngitis. A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2003; 139: 113-122 [M, I]

Schoofs MWCJ, Van der Klift M, Hofman A, de Laet CEDH, Herings RMC, Stijnen T et al. Thiazide diuretics and the risk for hip fracture. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 476-482 [S, I]

Flor X, Rodríguez M, Gallego L, Álvarez I, Juvanteny J, Fraga MM, et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? *Aten Primaria* 2003; 32: 269-273 [T, I]

Turabián JL, Pérez B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 296-299 [AO, I]

Purdy S, Langston J, Tait L. Presentation and management of acne in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 525-529 [S, I]

Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 684-689 [C, I]

Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, Van Zwieten BJ, Van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 327: 310-312 [EC, I]

McClellan K, Scott L. Tramadol/paracetamol. *Drugs* 2003; 11: 1079-1086 [R, I]

Keating GM, Jarvis B. Carvedilol: a review of its use in chronic heart failure. *Drugs* 2003; 16: 1697-1741 [R, I]

Donnelly LE, Rogert DF. Therapy for chronic obstructive pulmonary disease in the 21st century. *Drugs* 2003; 19: 1973-1998 [R, II]

Vicente D, Cilla G, Pérez-Trallero E. Tratamiento del Herpes Zoster. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 81-89 [R, II]

Silva M, Ortigosa J. Betabloqueantes en insuficiencia cardiaca: indicaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 90-96 [R, II]

Becerra-Fernández A. Abordaje farmacológico en la menopausia. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 105-11 [R, II]

González P, Lázaro E, Cuenca R, Rodríguez L. La digoxina, hoy. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2003; 27: 115-123 [R, II]

Salomon JA, Weinstein MC, Hammit JK, Goldie SJ. Cost-effectiveness of treatment for chronic hepatitis C infection in an evolving patient population. *JAMA* 2003; 290: 228-237 [S, I]

Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P. Methodological differences in clinical trials evaluating nonpharmacological and pharmacological treatments of hip and knee osteoarthritis. *JAMA* 2003; 290: 1062-1070 [R, I]

Schulman S. Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy. *N Eng J Med* 2003; 349: 675-683 [R, II]

ENTREVISTA CLINICA:

Brink-Muinen A, Verhaak P, Bensing J, Bahrs O, Deveugele M, Gask L et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003; 20: 478-485 [T, II]

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

Coma A, Martí M, Fernández E. Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socio-económica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Aten Primaria* 2003; 32: 208-215 [T, I]

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362:111-117 [CC, I]

Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJ et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003; 362: 271-280 [S, I]

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

Xakellis GC, Robinson M. A strategy for teaching students concepts of population-based health care for older persons. *Acad Med* 2003; 78: 789-792 [AO, I]

English DR, Burton RC, del Mar CB, Donovan RJ, Ireland PD, Emery G. Evaluation of aid to diagnosis of pigmented skin lesions in General Practice: controlled trial randomised by practice. *BMJ* 2003; 327: 375-378 [EC, I]

Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpatis AE. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290: 1157-1165 [S, II]

INVESTIGACIÓN. Incluye: investigación cualitativa, estadística.

Ramalle-Gómara E, Andrés de LLano JM. Utilización de métodos robustos en la estadística inferencial. *Aten Primaria* 2003; 32: 177-182 [R, II]

Krzyzanowska MK, Pintilie M, Tannock IF. Factors associated with failure to publish large randomized trials presented at an oncology meeting. *JAMA* 2003; 290: 495-501 [T, II]

Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P. Methodological differences in clinical trials evaluating nonpharmacological and pharmacological treatments of hip and knee steoarthritis. *JAMA* 2003; 290: 1062-1070 [R, I]

Bosch F, Guardiola E. Lista de comprobación (checklist) abreviada para la evaluación de artículos de investigación biomédica básica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 228-230 [AO, II]

Gálvez A. Métodos contemporáneos de síntesis científica: una propuesta de homogeneidad. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 256-263 [M, II]

Lenfant C. Clinical research to clinical practice - lost in translation? *N Eng J Med* 2003; 349: 868-874 [AO, II]

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS:

Hutchinson A, McIntosh A, Anderson J, Gilbert C, Field R. Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 690-696 [T, II]

PREVENCIÓN:

Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review. *BMJ* 2003; 327: 703-707 [M,II]

BIOÉTICA:

Brennan TA, Mello MM. Patient safety and medical malpractice: a case study. *Ann Intern Med.* 2003; 139: 267-273 [AO, II]

Heide A, Deliens L, Faisst K, Nistuln T, Norup M, Paci E et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345-350 [T, I]

Clayton EW. Ethical, legal, and social implications of genomic medicine. *N Eng J Med* 2003; 349: 526-569 [R, II]

PLANIFICACIÓN/GESTIÓN:

Xakellis GC, Robinson M. A strategy for teaching students concepts of population-based health care for older persons. *Acad Med* 2003; 78: 789-792 [AO, I]

OTRAS:

Siva C, Velazquez C, Mody A, Brasington R. Diagnosing acute monoarthritis in adults: a practical approach for the family physician. *Am Fam Physician* 2003; 68: 83-90 [R, I]

Viera AJ. Management of carpal tunnel syndrome. *Am Fam Physician* 2003; 68: 265-272, 279-280 [R, II]

Knutson D, Greenberg G, Cronau H. Management of Crohn's disease- a practical approach. *Am Fam Physician* 2003; 68: 707-714, 717-718 [R, I]

Isaacson JE, Vora NM. Differential diagnosis and treatment of hearing loss. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1125-1132 [AO, I]

Talwalkar JA, Lindor KD. Primary biliary cirrhosis. *Lancet* 2003; 362: 53-61 [R, I]

Green P, Jabri B. Coeliac disease. *Lancet* 2003; 362; 383-391 [R, I]

Birck R, Krzossok S, Maarkowetz F, Schnulle P, Woude F, Braun C. Acetylcysteine for prevention of contrast nephropathy: meta-analysis. *Lancet* 2003; 362: 598-603 [M, I]

Polymiosis and dermatomyositis. *Lancet* 2003; 362: 971-982 [R, I]

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? - 13

Disnea subaguda en paciente no fumador

Castro Jiménez, RÁ¹, Pascual Martínez, N².

¹ Residente Medicina Familiar y Comunitaria; ² Neumóloga. Centro de Salud Huerta de la Reina. Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía

Mujer de 60 años que acude a consulta de demanda clínica, refiriendo cuadro de disnea progresiva, acompañada de tos seca de un mes de evolución, que en el último día se ha hecho de reposo, apareciendo ortopnea, sin fiebre, ni dolor torácico, ni expectoración, ni recorte de diuresis, ni síndrome constitucional.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, no fumadora, no bebedora, no diabetes mellitus, no hipertensión arterial, no dislipemias, no antecedentes pleuropulmonares de interés. Artritis Reumatoide de 20 años de evolución con: prótesis bilateral de cadera y rodilla, afectación de la articulación temporomandibular, luxación de hombro derecho, afectación severa de manos y pies con limitación importante de la movilidad. Colelitiasis. Hernia de hiato. Anemia Ferropénica. Malabsorción con biopsia duodenal y anticuerpos negativos, que remitió con dieta sin gluten. Tratamiento habitual: celecoxib y tramadol retard.

Exploración física: Afebril, regular estado general, consciente y orientada, Cabeza y cuello: no adenopatías, no

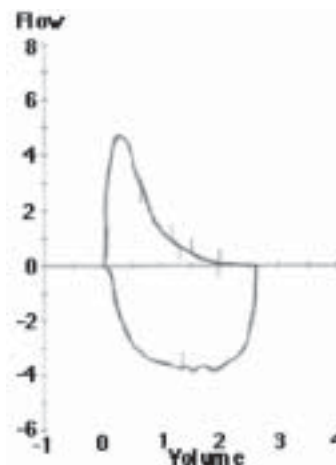
ingurgitación yugular a 45°. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos a 120 spm. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, con crepitantes secos bibasales. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado. Extremidades superiores: manos con deformidad en ráfaga cubital. Extremidades inferiores: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda, con pulsos conservados y simétricos.

Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de parámetros normales. Pulsioximetría con aire ambiente (AA): SatO₂ 80%. Gasometría arterial (AA): pH 7,37, pCO₂ 54,2, pO₂ 39,9, CO₃H 30,9, SatO₂ 76,3%. Mantoux: negativo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 spm sin alteraciones de la repolarización. Radiografía Tórax: Patrón intersticial bilateral en campos superiores. Pruebas funcionales respiratorias: patrón ventilatorio obstructivo sin reversibilidad a broncodilatadores.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX



ESPIROMETRÍA FORZADA



a) Con los datos clínicos aportados, a qué diagnóstico de sospecha llegaría:

1. EPOC
2. Asma Bronquial
3. Bronquiolitis Obliterante
4. Fibrosis Pulmonar secundaria a conectivopatía
5. Bronquiolitis Obliterante con neumonía organizada (BONO).

b) ¿Qué actitud realizaría sobre este paciente?

1. Tratamiento con fluticasona y salmeterol 2 inhalaciones al día
2. Tranquilizar a la paciente porque la disnea a su edad es normal
3. Derivación a centro hospitalario para estudio.
4. Iniciar tratamiento con corticoterapia oral a dosis decrecientes y agonistas beta-2.

(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. 4, núm. 3)

(Medicina de Familia (And) 2003; 4: 215)

Respuesta correcta: 2. D) Liquen plano de las mucosas.

La candidiasis orofaríngea cursa con placas blanquecinas que suelen ser asintomáticas, de consistencia cremosa desprendiéndose al pasar el depresor. Se localizan tanto en mucosa de carrillos como en paladar y lengua. Aparecen en sujetos inmunodeprimidos: VIH, glucocorticoides inhalados, pacientes con cáncer de laringe radiados, antibióticos de amplio espectro... Se resuelve con enjuagues con antifúngicos añadiendo, en casos extensos, fluconazol por vía oral.

La leucoplasia oral aparece como consecuencia de agresiones mantenidas sobre la mucosa. Se manifiesta como placas de color blanquecino asintomáticas localizadas donde se presenta la agresión: comisura bucal en el tabaco, zona de protusión dental... El tratamiento consiste en evitar el factor desencadenante. Pueden evolucionar a carcinoma escamoso.

El carcinoma escamoso de las mucosas puede presentar múltiples morfologías, entre otras la referida en el caso clínico, sin embargo es de evolución crónica, necesitando años para llegar al aspecto de la imagen.

El morsicatio buccarum se produce en personas con trastornos nerviosos del tipo depresión ansiedad. Como consecuencia de morderse aparecen en mucosa yugal, en la línea de oclusión dental lesiones excrecentes de color carnosos o blanco azulado que molestan y duelen al ser mordidas por el sujeto. No requieren tratamiento.

El liquen plano de las mucosas aparece en el 60% de las personas con liquen plano. De forma aislada aparece en el 20% de los casos. Se presenta habitualmente como estrías blanquecinas en la mucosa yugal (disposición en hojas de helecho) que no llegan al reborde comisural. Puede presentarse en forma de placas como el caso ilustrado, como erosiones y úlceras, con pápulas o produciendo atrofia. Según la variedad así son los síntomas que pasan de ser inexistentes a dolor urente en la forma ulcerativa. Junto a las lesiones orales deberemos investigar la presencia de pápulas en las zonas típicas de presentación como son las ca-

ras palmares de muñecas y antebrazos donde se presenta de forma simétrica como pápulas bien delimitadas de unos 3 mm de color rosado y que si se observan detenidamente presentan las estrías de Wickham consistentes en puntos o redes blanquecinas en la superficie de la pápula. En nuestro caso el paciente tan sólo presentaba hiperpigmentación postinflamatoria.

La evolución habitual es a la remisión en 4-5 años, cuando se presenta en mucosa oral de forma aislada, siendo de unos 2 años cuando es cutáneo mucosa. Cuando sea persistente se debe investigar la presencia del virus de la hepatitis C. En raras ocasiones maligniza hacia carcinoma escamoso.

El tratamiento requiere de constancia y perseverancia. Pueden utilizarse corticoides formulados en orabase, enjuagues con ciclosporina o bien usándola por vía sistémica a dosis de 5 mg/kg. Sin embargo el tratamiento más efectivo son los retinoides tópicos y sistémicos. Otros tratamientos incluyen la talidomida (no comercializada en nuestro país), HBPM (Heparina de Bajo Peso Molecular), anestésicos tópicos para aliviar el dolor, antipalúdicos de síntesis...

Bibliografía

1. Drove E. The Clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: A study of 723 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002; 46: 207-214.
2. Giménez García R, Pérez Castrillón JL. Liquen plano y enfermedades hepáticas. *Piel* 2002; 17:348-352.
3. Segura Saint Gerons R, Toro Rojas M, Blanco Carrión A, Reymundo García C, Fanego Fernández J. Lesiones precancerosas de la mucosa oral. *Medicina Integral*. 2000; 36: 217-222.
4. García-Pola Vallejo, García Martín JM. Leucoplasia oral. *Aten Primaria*. 2002; 29: 39-49.
5. Enfermedades de los labios y la cavidad oral. En: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann. *Dermatología*. Barcelona: Edit. Springer-Verlag Ibérica; 1995. p. 814-837.
6. Daoud MS, Pittelkow MR. Liquen plano. En: *Dermatología en medicina general*. 5ª edición. Dir: Fitzpatrick TB y col. Buenos Aires: McGraw Hill; 2001. Tomo I . p. 595-611



Actividades Científicas

□ XXIV CONGRESO SEMFYC

Sevilla, 8-11 de Diciembre, 2004.

Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, nº 11, Pta. 2ª, of. 13. 08002 Barcelona

Telf : 933 170 333

Fax: 933 186 902

e-mail: congresos@semfyc.es

<http://www.semfyc.es/sevilla2004/>

<http://www.congresosemfyc.org>

□ FIN DE SEMANA CIENTÍFICO DE LA SAMFYC: EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA. ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS? PROPUESTAS DE FUTURO.

Cádiz, 20 de Marzo, 2004.

Telf: 958 80 42 01

Fax: 958 80 42 02

<http://www.samfyc.es>

□ XIII CONGRESO DE LA SMMFYC

Aranjuez (Madrid), 26-27 de Marzo, 2004.

Lugar: Centro cultural Isabel de Farnesio. C/ Capital, 39. 28300 Aranjuez (Madrid)

Secretaría técnica: semFYC Congresos. C/ Del Pi, nº 11, Pta. 2ª, of. 13. 08002 Barcelona

Telf : 933 177 129

Fax: 933 186 902

e-mail: congresos@semfyc.es

□ IV CONGRESO REGIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SOCIEDAD CASTELLANA Y LEONESA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Zamora, 6-8 de Mayo, 2004.

Telf: 983 361 057

<http://www.sclmfyc.org>

□ **XVI CONGRESO SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Altea (Alicante), 13-14 de Mayo, 2004.

Secretaría técnica: REUNIONS I CIENCIA, S. L. Calabria, 275-275, Entl 1ª. 08029 Barcelona

Telf: 934 108 646

e-mail: svmfic04@reunionsciencia.es

□ **XVII CONGRESO MUNDIAL WONCA**

Orlando (Florida – USA), 13-17 de Octubre, 2004.

Telf: 1 913 906 6000

Fax: 1 913 906 6082

e-mail: woncacongress@wonca2004.org,

<http://www.Wonca2004.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 hospitalarias. Información: lissa.perteghella@fco.gov.uk
raquel@mackillop.fsnet.co.uk

