

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 21, número 2, mayo-agosto 2020

Editorial

- 77 Papel de los médicos de familia/AP en el seguimiento y actuación frente al coronavirus

El espacio del usuario

- 79 Se hace necesario reforzar la atención primaria

Originales

- 81 Estimación de la validez del estudio ecográfico realizado en Atención Primaria de Salud en el diagnóstico precoz del cáncer de vejiga
- 89 Los crónicos olvidados. Mejora de la calidad asistencial a pacientes con psicosis y esquizofrenia
- 98 Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en Atención Primaria

Artículo especial

- 107 Elastofibroma Dorsi: a propósito de un caso

Cartas al director

- 109 La filosofía de Guillermo de Ockham en la consulta médica

¿Cuál es su diagnóstico?

- 111 Lesión pigmentada pruriginosa, en paciente sana

Publicaciones de interés

- 114 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 116 Lesión pigmentada pruriginosa, en paciente sana

Información para los autores



4^{as}

JORNADAS ANDALUZAS PARA RESIDENTES Y TUTORES DE MFyC

HUELVA 2021

25 y 26 DE MARZO



#JARTSAMFYC2020

[HTTPS://RESIDENTESYTUTORESSAMFYC.COM](https://residentesytutoresSAMFYC.com)

SAMFYC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombos

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes

Asumpta Ruiz Aranda

Marta Parras Gordillo

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Sevilla:

Rubén Luciano Vázquez Alarcón

Antonio Fernández Natera

Juan Manuel Parras Rejano

Ignacio Merino de Haro

Pablo García Sardón

Francisco Tomás Pérez Durillo

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Leonor Marín Pérez

rubenvazquezalarcon@gmail.com

natera38@gmail.com

juanprj@gmail.com

merinoharo@hotmail.com

pgsardon@gmail.com

ft_perez@yahoo.com

marty cienfuegos@hotmail.com

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR:

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

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

CONSEJO DE REDACCIÓN:

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

CONSEJO EDITORIAL:

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

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

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

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

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

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

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:
<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. +34 958 80 42 01
Fax +34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

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

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

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Impresión La Ideal

Printed in Spain



sumario

Editorial

- 77 Papel de los médicos de familia/AP en el seguimiento y actuación frente al coronavirus

El espacio del usuario

- 79 Se hace necesario reforzar la atención primaria

Originales

- 81 Estimación de la validez del estudio ecográfico realizado en Atención Primaria de Salud en el diagnóstico precoz del cáncer de vejiga
- 89 Los crónicos olvidados. Mejora de la calidad asistencial a pacientes con psicosis y esquizofrenia
- 98 Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en Atención Primaria

Artículo especial

- 107 Elastofibroma Dorsi: a propósito de un caso

Cartas al director

- 109 La filosofía de Guillermo de Ockham en la consulta médica

¿Cuál es su diagnóstico?

- 111 Lesión pigmentada pruriginosa, en paciente sana

Publicaciones de interés

- 114 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 116 Lesión pigmentada pruriginosa, en paciente sana

Información para los autores



contents

Editorial

- 77 The role of primary care/family doctors in the monitoring and response to COVID-19

The Consumer's Corner

- 79 There is a need for strengthening primary care

Original Articles

- 81 Estimating the validity of ultrasonography performed in primary health care in the early diagnosis of bladder cancer
89 Chronic and forgotten. Improving the quality of care for patients with psychosis and schizophrenia
98 Effectiveness of corticosteroid injections in shoulder pain patients in primary care

Special Article

- 107 Elastofibroma Dorsi. A case report

Letters to the Editor

- 109 William of Ockham's philosophy in the medical practice

Which is your diagnosis?

- 111 A pruritic, pigmented lesion in a healthy female patient

Publications of interest

- 114 Knowledge pills @pontealdiaAP

Scientific activities

Comments on Which is your diagnosis

- 116 A pruritic, pigmented lesion in a healthy female patient

Information for authors

EDITORIAL

Papel de los médicos de familia/AP en el seguimiento y actuación frente al coronavirus

Mestraitua Vázquez A

*Especialista en MFyC. Sevilla
Coordinadora del GdT SAMFyC de Enfermedades Infecciosas*

Desde el inicio de la pandemia el foco mediático ha estado centrado en los recursos hospitalarios, lo que no ha supuesto ninguna barrera para que la Atención Primaria mantenga sus actividades asistenciales.

La Atención Primaria, y todos los profesionales que en ella trabajan han realizado un papel admirable, tanto en la contención de la epidemia como en la sostenibilidad del sistema sanitario. Según los resultados publicados por semFYC de una encuesta realizada a especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, más de 900.000 casos posibles de coronavirus han sido valorados, tratados y seguidos desde Atención Primaria, la mayoría de los cuales no precisaron atención hospitalaria, contribuyendo de esta forma a evitar el colapso del sistema sanitario y a frenar la transmisión comunitaria. Desde el papel de la enfermería, profesionales clave en la clasificación de pacientes permitiendo establecer circuitos adecuados, en el seguimiento telefónico de pacientes y sus familias, ofreciendo recomendaciones de aislamiento, limpieza e higiene fundamentales para reducir los contagios, pasando por matronas con su atención a las embarazadas, pediatras, trabajadores sociales acompañando en los miedos y en la soledad, epidemiólogos con su incansable afán por proteger la salud pública para conseguir vencer a la pandemia, médicos de familia con su admirable fuerza, profesionales de equipos de asistencia a las urgencias extrahospitalarias, que han llevado a cabo una labor admirable. Todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, han trabajado con entereza, valentía, respeto y profesionalidad, ofreciendo el apoyo emocional a los pacientes, familias y entre sí, que ha sido crucial para poder seguir adelante.

A ninguno de estos profesionales se les ha visto mucho en los medios de comunicación, pero su labor ha sido excepcional, sin descanso, tanto antes como durante la pandemia, y como, casi sin aliento, seguirá siendo en esta nueva etapa, y siempre.

No olvidemos que la Atención Primaria no es solo la puerta de entrada, es el centro de la estructura asistencial del sistema de salud, y en numerosas ocasiones también es la puerta de salida. Siempre en primera línea, ha demostrado una gran capacidad para adaptarse a la situación, cambiando de manera radical su forma de trabajo en grupo, sin abandonar la atención al resto de patologías y de pacientes crónicos. La consulta telefónica y el control del acceso a los centros de salud han resultado esenciales para controlar la cadena de transmisión y poder seguir atendiendo a todos los pacientes.

Y es ahora cuando se empieza a hablar de paso al frente y de liderazgo de la Atención Primaria, cuando esta crisis la ha liderado desde el inicio, siempre de la mano de la Atención Hospitalaria. Y es por esto por lo que el objetivo debe ser a dar la misma importancia a la hospitalización y a la atención domiciliaria hecha desde Atención Primaria, y siempre reconociendo y complementando el excelente trabajo de los compañeros de hospital, con los que se han estrechado vínculos, que debieran conservarse.

Una nueva etapa ha llegado, toca respirar hondo, coger fuerzas y hacer frente a la reorganización y normalización gradual de la asistencia sanitaria en esta fase de desescalada. Para este nuevo reto se necesitan medidas que capaciten a la Atención

Primaria para prestar una asistencia sanitaria de calidad, que permita llevar a cabo una actuación preventiva, así como recuperar la actividad asistencial a demanda y programada en los centros de salud, que hasta ahora ha estado contenida. Se reescribirá la historia de la Atención Primaria con un antes y un después de esta crisis, que nos debe hacer recapacitar sobre lo que nos queda por recorrer hasta conseguir todo aquello por lo que hemos luchado para mejorarla. Por suerte, adaptarse a la situación, ha traído algunos cambios que han derivado en una mayor eficiencia, como es la implantación de la consulta telefónica, que tantas demandas presenciales innecesarias ha evitado y puede seguir evitando, ofreciendo así mayor calidad en la atención a nuestros pacientes. La capacidad de poder filtrar las consultas presenciales ya supone un antes y un después de gran envergadura, que se traducirá en la optimización de algo tanpreciado y tan demandado en Atención Primaria como es el tiempo que podemos dedicar a nuestros pacientes. La Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria propone una

serie de objetivos para mantener la capacidad de la Atención Primaria y prestar una asistencia sanitaria de calidad, entre los que se encuentran, ofrecer protección a los profesionales sanitarios que les permita trabajar con seguridad, incrementar la autonomía de los Centros de Salud, para lo que se necesitan recursos materiales y humanos, permitir al profesional elegir el recurso (telemático, presencial o a domicilio) según la necesidad de los pacientes y en función de criterios clínicos.

Quizás podamos ver cumplido el sueño de los ansiados diez minutos. Queda mucho por recorrer aun saliendo airoso de esta pandemia.

Termino con un deseo que me gustaría compartir con todos los profesionales dedicados a la Atención Primaria, mis compañeros y es, que ojalá se cumpla la célebre frase de Albert Einstein, *“la crisis es la mejor bendición que puede sucederle a las personas y los países, porque la crisis trae progresos”*, y no su definición de locura: *“hacer lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes”*.

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2019

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 2019. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

José Antonio Domínguez Domínguez. *Médico de Familia*. Sevilla
Francisco Extremera Montero. *Médico de Familia*. Málaga
José Manuel Jiménez Rodríguez. *Trabajador Social*. Granada
Antonio J. Madueño Caro. *Médico de Familia*. Cádiz
Andrés Moreno Corredor. *Médico de Familia*. Málaga

Beatriz Pascual de la Piza. *Médico de Familia*. Sevilla
María Pérez Eslava. *Médico de Familia*. Cádiz
Jesús Sepúlveda Muñoz. *Médico de Familia*. Málaga
Francisco Javier Valverde Bolívar. *Médico de Familia*. Jaén

EL ESPACIO DEL USUARIO

Se hace necesario reforzar la atención primaria

Moya García I

Departamento Jurídico FACUA Andalucía

La crisis sanitaria que estamos viviendo a nivel mundial ha puesto de manifiesto la necesidad de recursos tanto materiales como humanos que necesita nuestro sistema sanitario y sociosanitario en su conjunto, y el sobreesfuerzo que está suponiendo para los profesionales de la sanidad pública.

Desde hace varios años, tanto a nivel estatal como autonómico, se ha producido una serie de recortes que han ido debilitando al sistema, lo que ha provocado un detrimento de la calidad asistencial al usuario del mismo.

Al margen de si las decisiones políticas adoptadas en esta pandemia han sido o no adecuadas en cuanto a rapidez en la respuesta o medidas -tal y como han manifestado muchas voces en representación de los profesionales-, los recortes han tenido sus consecuencias en los tiempos que ahora nos han tocado vivir, con un número de profesionales y de recursos materiales muy deficiente, y que ha llevado a muchas comunidades al colapso de sus servicios sanitarios y sociosanitarios.

Debido a que nuestro sistema sanitario ya se encontraba debilitado, parte del sector exigía un aumento en los recursos humanos y materiales destinados a la atención primaria y hospitalaria y se habían puesto en marcha iniciativas como la Ley de Seguridad del Paciente -para establecer una ratio adecuada paciente/enfermera en los distintos centros sanitarios que garantice una atención adecuada y de calidad-, que desde esta organización hemos apoyado. Estas demandas del sector han puesto de manifiesto dicha debilidad del sistema en la actual crisis y cómo ha

repercutido, y lo seguirá haciendo en los próximos meses, en la atención primaria.

La atención primaria, pieza clave de nuestro sistema sanitario y que ya venía arrastrando dificultades como una financiación insuficiente, dificultad en el acceso a determinados medios diagnósticos, cierto desprestigio de la especialidad, empeoramiento de las condiciones laborales del personal facultativo, cupos excesivos, tiempo de atención al paciente insuficiente, etc., se va a enfrentar a una carga de trabajo aún mayor en el proceso de desescalada que la que ya soportaba con la gestión de numerosas altas hospitalarias, seguimiento hospitalario de patologías crónicas que se han visto cancelado o pospuesto y un aumento de la asistencia domiciliaria.

Asimismo, en el ámbito sociosanitario, se unen los lamentables efectos que el coronavirus provoca en nuestra comunidad y a nivel nacional entre la población más vulnerable: las personas mayores, las personas con discapacidad u otros usuarios de centros residenciales y centros sociales con internamiento. Todo ello ha puesto de manifiesto que el modelo de servicios sociosanitarios existente en el país, y por tanto en nuestra comunidad -que se viene apoyando en la iniciativa privada-, ha llevado a una precariedad en medios y en personal que han perjudicado la calidad de vida y asistencial en estos centros.

La situación descrita ha llevado al Gobierno, para disponer de recursos para la atención de esta población, a adoptar nuevas medidas dirigidas a reducir el riesgo de contagio y garantizar la posibilidad de utilización de todos los recursos disponibles para la atención social

y sanitaria de estos colectivos. Lo hizo mediante la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y en nuestra comunidad autónoma con el Acuerdo de 26 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento de las medidas implementadas por la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios en relación con la medicalización y dotación de recursos de los centros residenciales como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus COVID-19. Para poner en marcha y llevar a cabo la atención y seguimiento de los centros residenciales de mayores y de discapacidad se ha valido de la atención primaria y de la red de enfermeras gestoras de casos apoyadas por las enfermeras de familia.

Por todo ello, se **hace necesario**, al margen de reforzar y optimizar los recursos hospitalarios y en especial en cuidados intensivos, **reforzar la atención primaria** ahora que se quiere focalizar la desescalada en este nivel asistencial. Para ello, es necesario aumentar los recursos humanos y materiales, especialmente de protección, para potenciar su capacidad de resolución a nivel sanitario y sociosanitario. No sólo para una adecuada prevención, contención y atención de la epidemia, sino también para la atención y el cuidado del resto de problemas de salud que seguirán afectando a la población.

Asimismo, y atendiendo a lo ocurrido en los centros sociosanitarios, como ya se ha manifestado desde muchos colectivos, se debe reconsiderar nuestro modelo de servicios sociosanitarios y a la necesidad de un mayor refuerzo en las actuaciones de la inspección sanitaria y de servicios sociales.

ORIGINAL BREVE

Estimación de la validez del estudio ecográfico realizado en Atención Primaria de Salud en el diagnóstico precoz del cáncer de vejiga

Boxó Cifuentes JR¹, López Téllez A¹,
Trillo Fernández C¹, Gómez Montes C²,
Ruiz Aragón R³

Médicos de Familia

¹UGC Puerta Blanca, Málaga

²UGC Estepona, Málaga

³UGC Los Boliches-Fuengirola, Málaga

Servicio Andaluz de Salud

Grupo de Trabajo en Ecografía. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

CORRESPONDENCIA

José Ramón Boxó Cifuentes

E-mail: joseramonboxocifuentes@gmail.com

Recibido el 27-01-2020; aceptado para publicación el 9-03-2020

Med fam Andal. 2020; 2: 81-88

PALABRAS CLAVE

Hematuria. Neoplasia maligna de vejiga. Ultrasonidos. Medicina de familia.

RESUMEN

Título: estimación de la validez del estudio ecográfico realizado en Atención Primaria de Salud en el diagnóstico precoz del cáncer de vejiga.

Objetivo: estimar la validez de la ecografía realizada por médicos de familia, en pacientes que presenten sospecha de cáncer vesical. Comparar con un grupo control el tiempo hasta el diagnóstico.

Diseño: estudio descriptivo transversal de tipo retrospectivo.

Emplazamiento: multicéntrico. Centros de Salud públicos de la comunidad autónoma andaluza.

Población y muestra: pacientes diagnosticados de carcinoma de vejiga a los que el médico de familia haya realizado una ecografía de estudio por hematuria. Grupo control formado por pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga derivados por sospecha sin ecografía.

Intervenciones: búsqueda sistemática de los códigos CIE 9 de inclusión en los registros de los médicos participantes.

Resultados: participaron 9 médicos aportando 41 estudios válidos y 5 médicos de referencia aportando 9 casos de cáncer vesical. En cuanto al sexo, 10 mujeres y 31 varones. Edad $60 \pm 11,5$ años. Fumadores o exfumadores 26. Estudiados por hematuria macroscópica 24 y por microscópica persistente 18. Validez de la prueba diagnóstica: Sensibilidad 100% [95.45-100], Especificidad 80% [64.02, 95.98], Valor predictivo positivo 64.71 [39.05, 90.36]. El tiempo hasta el diagnóstico de los 11 casos confirmados como neoplasia fue de 2.36 meses. Al comparar el tiempo hasta el diagnóstico, con el aportado por los controles (2.44 meses), no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.9039$).

Conclusiones: la exploración ecográfica por parte de médicos de familia presenta indicadores diagnósticos fiables. Sin embargo no reduce los tiempos hasta el diagnóstico respecto del grupo control. Las consecuencias del sobrediagnóstico deben ser evaluadas mediante un diseño prospectivo que reduzca los sesgos de selección.

KEYWORDS

Haematuria; Malignant neoplasm of bladder; Ultrasound; Family doctor.

ABSTRACT

Title: Estimating the validity of ultrasonography performed in Primary Health Care in the early diagnosis of bladder cancer.

Aim: To estimate the validity of ultrasound imaging performed by family doctors in patients with suspected bladder cancer. To compare time-to-diagnosis with a control group.

Design: A cross-sectional, retrospective, descriptive study.

Setting: Multicentre. Public health centres in Andalusia.

Population and sample: Patients diagnosed with bladder carcinoma, who had an ultrasound performed by their family doctor for the evaluation of haematuria. The control group consisted of patients diagnosed with bladder cancer, who were referred for suspicion, with no ultrasound performed.

Interventions: Systematic search for ICD-9 codes of inclusion in the medical records from the participating doctors.

Results: 9 doctors participated with 41 valid study cases, and 5 referring doctors with 9 cases of bladder cancer. Gender of cases: 10 women and 31 men. Age 60 ± 11.5 years old. 26 were smokers or former smokers. 24 were tested for gross haematuria and 18 for persistent microscopic haematuria. Validity of the diagnostic test: Sensitivity 100% [95.45, 100], Specificity 80% [64.02, 95.98], Positive predictive value 64.71 [39.05, 90.36]. Time-to-diagnosis for the 11 cases confirmed as neoplasia was 2.36 months. When time-to-diagnosis of the intervention group was compared to that of the control group (2.44 months), no statistically significant difference ($p=0.9039$) was found.

Conclusions: Ultrasound imaging performed by family doctors provides reliable diagnostic indicators. However, it does not reduce time-to-diagnosis when compared to the control group. The consequences of overdiagnosis should be evaluated using prospective designs to reduce selection bias.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el séptimo cáncer más frecuentemente diagnosticado en la población masculina en todo el mundo, mientras que se reduce al undécimo cuando se consideran ambos sexos. La tasa de incidencia estandarizada por edad a nivel mundial (por 100.000 personas / años) es de 9.0 para los hombres y de 2.2 para las mujeres (1). En España se diagnostican unos 12.200 casos anuales, lo que representa el 11% de los tumores del sexo masculino y el 2,4% de los femeninos. La incidencia en nuestro país es de las más altas del mundo, siendo el cuarto tumor más frecuente en hombres, tras los de pulmón, próstata y colorrectales. Su tendencia es aumentar lentamente. En mujeres, tanto la incidencia como la mortalidad son bajas y relativamente estables.

El 90-93% de los cánceres de vejiga en nuestro medio son carcinomas de células transicionales. El resto son carcinomas escamosos y adenocarcinomas. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, con un máximo a los 70, aunque se registran casos desde los 40-45 años (2). En general, la probabilidad de que los hombres padezcan este cáncer durante el transcurso de sus vidas es de alrededor de 1 en 27. Para las mujeres, la probabilidad es de alrededor de 1 en 89.

Las posibilidades de cada persona de padecer cáncer de vejiga pueden ser afectadas por algunos factores de riesgo. La probabilidad de que los fumadores padezcan cáncer de vejiga es al menos el triple de la que tienen los no fumadores. El hábito de fumar causa alrededor de la mitad de todos los cánceres de vejiga tanto en hombres como en mujeres. El cáncer de vejiga generalmente se presenta con hematuria, aunque sólo una pequeña proporción de pacientes con hematuria tienen un cáncer de vejiga subyacente, siendo la mayoría debido a procesos benignos o causas desconocidas (3). Sin embargo, una revisión sistemática ha identificado que los pacientes con hematuria se evalúan de manera inconsistente presentando retrasos o lagunas en sus evaluaciones. El sexo femenino se asoció con una evaluación subóptima de la hematuria, mientras que los pacientes mayores eran evaluados más a fondo. Los fumadores paradójicamente recibían una menor evaluación integral (4). En el contexto de atención primaria hay una superposición

considerable entre los síntomas del cáncer renal y de vejiga por lo que la investigación de síntomas en general considera ambos juntos. Esta práctica clínica ha sido particularmente notable en la investigación de la hematuria, recomendando una estrategia de prueba inicial para el cáncer de vejiga mediante cistoscopia y para el cáncer renal generalmente por ultrasonido. Los resultados de esta revisión sistemática apoyan esto, con un valor predictivo positivo (VPP) para cáncer de vejiga o renal combinado para la hematuria del 5.1%. El valor aumentó con la edad y fue mayor en varones (5).

En el año 2005, el National Institute for Clinical Excellence (NICE), recomendaba que los pacientes adultos de ambos sexos y de cualquier edad que presenten hematuria macroscópica indolora debieran ser remitidos con urgencia para descartar la presencia de neoplasia. En pacientes masculinos o femeninos con síntomas sugestivos de infección urinaria que se acompañe de hematuria macroscópica, se deben realizar investigaciones para diagnosticar y tratar la infección antes de la consideración de la derivación. Si la infección no es confirmada el paciente debe ser derivado urgentemente. En todos los pacientes adultos de 40 años o más que se presentan con infección recurrente o persistente del tracto urinario asociada con hematuria, se debe realizar una derivación urgente (6).

Por su parte, la actualización de 2015 de la guía mencionada establece la recomendación de derivar a las personas con sospecha de cáncer de vejiga (para una cita dentro de 2 semanas) si son: mayores de 45 años y tienen hematuria visible inexplicable sin infección del tracto urinario, hematuria visible que persiste o reaparece después de un tratamiento exitoso de la infección del tracto urinario, o bien mayores de 60 años y tienen hematuria inexplicable no visible y disuria o un aumento del recuento de glóbulos blancos en un análisis de sangre (7).

La ecografía es el examen obligatorio en la clínica evaluación de hematuria para la detección de tumores de vejiga porque es fácil de realizar y seguro para el paciente, pero su éxito depende del tamaño y la ubicación de la neoplasia. Tumores de la vejiga con un tamaño de 0.5 cm y tumores localizados en el cuello de la vejiga o en áreas del trígono son difíciles de detectar (8).

Por otro lado, la precisión del diagnóstico puede acercarse 95% para tumores de 10.5 cm situados en la parte posterior o lateral de las paredes de la vejiga. Con ultrasonidos el cáncer de vejiga suele aparecer como una masa intraluminal o un área focal de engrosamiento de la pared de la vejiga. El examen mediante ultrasonidos es particularmente útil para neoplasias en divertículos, a veces difícil de evaluar por cistoscopia (9).

El Grupo de Trabajo en Ecografía de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (GtE-SAMFyC) inició sus actividades el año 2012. Entre sus objetivos señalamos: extender el uso de los ultrasonidos en las consultas de medicina de familia, mantener programas de formación continuada a nivel de la Autonomía, elaborar y difundir material bibliográfico de utilidad y asesorar a los gestores en la implementación del método de diagnóstico en las distintas unidades de gestión clínica. Estos objetivos están todos en marcha y cuentan con numerosas actividades en todos los campos descritos.

Nos interesa iniciar actividades de evaluación de nuestra práctica clínica que sirvan de referentes propios para detectar áreas de mejora y consolidar nuestra posición como profesionales competentes en este modelo de diagnóstico por la imagen.

Hemos elegido como primer tema de inicio el estudio de nuestra validez como colectivo en el diagnóstico del cáncer de vejiga preguntándonos si la incorporación del estudio mediante ultrasonidos en nuestra práctica clínica influye en el nivel de sospecha de esta neoplasia aportando información relevante a la obtenida a través del contexto epidemiológico del paciente y sus síntomas de consulta. Como es natural queremos valorar si los resultados influyen en la seguridad del paciente tanto si descartamos el proceso como si conseguimos una atención prioritaria atendiendo especialmente a la reducción de los tiempos de espera hasta el diagnóstico definitivo.

Objetivo

Estimar la validez, medida por la determinación de la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de probabilidad, de la exploración mediante ultrasonidos realizada

por médicos de familia del GtE-SAMFyC, en pacientes que presenten sospecha de cáncer vesical. Estimar si se reducen los tiempos de diagnóstico respecto de un grupo control a los que se les diagnosticó de neoplasia vesical sin efectuar una prueba de ultrasonidos por parte de su médico de familia.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo transversal de tipo retrospectivo.

Ámbito: Multicéntrico. Centros de Salud públicos. Comunidad Autónoma Andaluza.

Sujetos de estudio:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes de ambos sexos con los códigos diagnósticos CIE 9 de DIRAYA:

599.7 HEMATURIA
599.70 HEMATURIA.NEOM
599.71 HEMATURIA.FRANCA
599.72 HEMATURIA.MICROSCOPICA

Es decir que han presentado hematuria tanto macroscópica como microscópica a los que su médico de familia haya realizado estudio ecográfico.

2. Pacientes de ambos sexos con el código CIE 9 de DIRAYA:

188 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA
188.0 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.TRIGONO
188.1 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.BOVEDA
188.2 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.PARED LATERAL
188.3 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.PARED ANTERIOR
188.4 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.PARED POSTERIOR
188.5 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.CUELLO
188.6 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.ORIFICIO URETERAL
188.7 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.URACO
188.8 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.OTRA
188.9 NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA.NEOM

Es decir que hayan sido diagnosticados de carcinoma de vejiga a los que el médico de familia haya realizado una ecografía de estudio por hematuria.

3. Firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con los anteriores códigos a los que su médico de familia no realizó el estudio ecográfico
2. Pacientes que no hayan finalizado el estudio de confirmación o descarte de la sospecha

Tamaño muestral: Todos los pacientes atendidos durante los últimos 5 años por los médicos participantes, que cumplan los criterios de inclusión.

Análisis estadístico: descriptivo de las variables incluidas, dependiendo del tipo: distribución de frecuencias (para las variables cualitativas); medias, desviaciones estándar y rangos (en las variables cuantitativas).

Calculamos la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos para valorar la capacidad y utilidad de la ecografía.

Exploramos la existencia de asociaciones entre variables, mediante análisis bivariados: test estadísticos de la Chi cuadrado para comparar proporciones, y el test de la t de Student para la comparación de medias. Los intervalos de confianza (IC95%) se utilizaron para valorar la fuerza y la precisión de la asociación entre las variables.

Realizamos la correspondiente curva de rendimiento diagnóstico (ROC) y la representación gráfica en un nomograma de Fagan de las modificaciones en la probabilidad diagnóstica tras realización del test de ultrasonidos.

RESULTADOS

Participaron 9 médicos de familia aportando 41 estudios válidos y 5 médicos de referencia aportando 9 casos de cáncer vesical. En cuanto al sexo, 10 fueron mujeres y 31 varones. Fumadores o exfumadores fueron 26 y no fumadores 15. Los

datos sobre la edad de los médicos exploradores y años de experiencia con los ultrasonidos, así como las características cuantitativas del consumo de tabaco entre los pacientes y su edad se

recogen en la Tabla 1. La Tabla 2 muestra las características de la hematuria como síntoma guía. Los índices de validez de la prueba diagnóstica derivados de los datos se exponen en la Tabla 3.

Tabla 1. Datos médicos exploradores / características cuantitativas del consumo de tabaco entre los pacientes y su edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DATOS DEL MÉDICO					
Edad del explorador	42	56	63	60,60	2,528
Años de experiencia con ultrasonidos	42	4	30	11,29	9,230
DATOS DE PACIENTES					
Edad	40	33	83	60,25	11,513
Cigarrillos diarios	42	0	40	11,62	11,892
Años fumando	42	0	50	20,74	17,042
Paquetes-años	40	0	100	19,68	23,977

Tabla 2. Características de la hematuria como síntoma guía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Microhematuria	18	42,9	42,9	42,9
	Hematuria Franca	24	57,1	57,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabla 3. Validez prueba diagnóstica

Prueba diagnóstica	Prueba de referencia		Total
	Enfermos	Sanos	
Positivo	11	6	17
Negativo	0	24	24
Total	11	30	41
	Valor	IC (95%)	
Sensibilidad (%)	100,00	95,45	100,00
Especificidad (%)	80,00	64,02	95,98
Índice de validez (%)	85,37	73,33	97,40
Valor predictivo + (%)	64,71	39,05	90,36
Valor predictivo - (%)	100,00	97,92	100,00
Prevalencia (%)	26,83	12,05	41,61
Razón de verosimilitud +	5,00	2,44	10,23
Razón de verosimilitud -	-	-	-

En nuestro estudio se ha comprobado una sensibilidad del 100%; resultando en un diagnóstico precoz, y un tiempo significativamente menor de confirmación del diagnóstico. La curva de rendimiento diagnóstico y la aplicación al nomograma de Fagan se exponen en las figuras 1 y 2 observándose una mejora significativa en el

rendimiento diagnóstico. Si la ecografía realizada en Atención Primaria tenía sospecha de neoplasia el tiempo hasta el diagnóstico fue de 2,7 meses, frente a 5,2 meses cuando no hubo sospecha ($p=0,02$). El tiempo hasta el diagnóstico de los 11 casos confirmados como neoplasia fue de 2.36 meses. Al comparar este espacio de tiempo con

Figura 1. Curva de rendimiento diagnóstico. Estadístico c 0.897

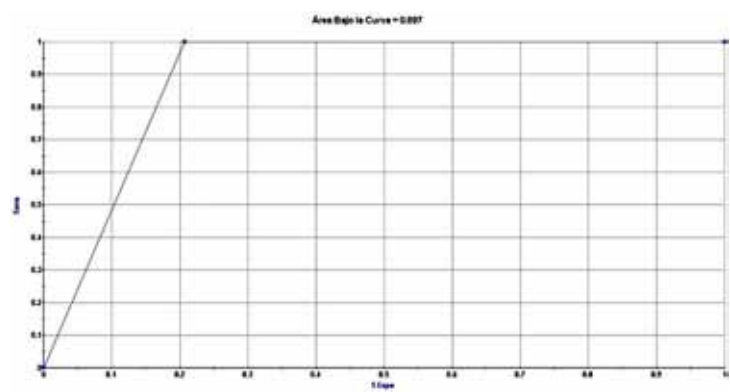
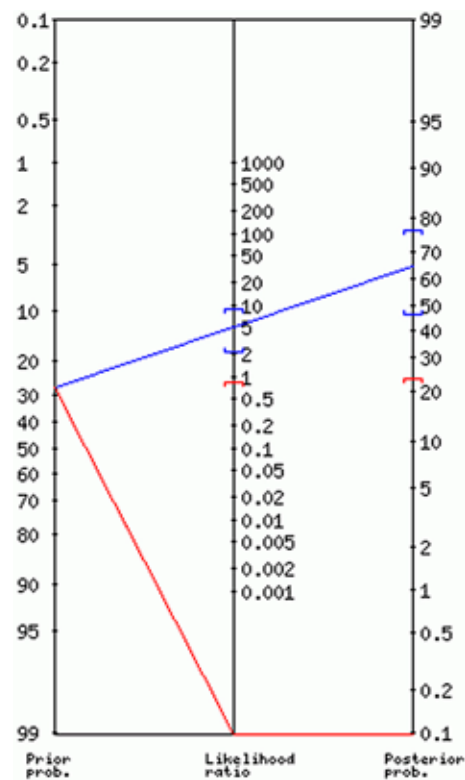


Figura 2. Aplicación del Teorema de Bayes. En azul la prueba positiva y en rojo la negativa



el aportado por los 9 casos de cáncer de vejiga proporcionado por los controles (2.44 meses), no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.9039$). La Tabla 4 recoge los diagnósticos alternativos para explicar la hematuria y la Tabla 5 las características epidemiológicas de todos los pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga tanto en el grupo de estudio como en el control.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la valoración de la pared vesical mediante ultrasonidos se ha realizado de modo fiable alcanzando de forma significativa una mejora de la orientación diagnóstica similar

a la recogida la bibliografía (9), de la correlación con los datos del laboratorio y la agilización de la derivación en los casos de sospecha, objetivos básicos de la exploración (10). El diseño retrospectivo puede estar relacionado con un sesgo de selección por parte de los participantes ya que no se comunicó ningún caso de falso negativo. En una amplia revisión sobre utilización de los ultrasonidos en atención primaria (11), no hemos encontrado comparadores de fiabilidad de la exploración en casos de sospecha de cáncer de vejiga y su repercusión sobre el tiempo diagnóstico. La realización precipitada de la exploración modo *point of care* podría repercutir sobre la proporción de falsos positivos a los que se les realizó por parte del especialista un protocolo completo de investigación influenciado probable-

Tabla 4. Diagnósticos alternativos. CRU cólico renoureteral, DM diabetes mellitus, HBP hiperplasia benigna de próstata, HTA hipertensión arterial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos		27	64,3	64,3	64,3
	Angiom	1	2,4	2,4	66,7
	CRU	1	2,4	2,4	69,0
	DM	1	2,4	2,4	71,4
	HBP	4	9,5	9,5	81,0
	HTA	3	7,1	7,1	88,1
	IRC	1	2,4	2,4	90,5
	Litiasis	1	2,4	2,4	92,9
	Litiasis	2	4,8	4,8	97,6
	Nefritis	1	2,4	2,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Tabla 5. Datos de la totalidad de pacientes con cáncer vesical

Variables	Resultado
Edad	65±9.7
Sexo	Varón 19 Mujer 1
Tabaco	Fumador o exfumador 17 No fumador 3
Tipo de hematuria	Hematuria franca 20

mente por la sospecha comunicada. Este efecto del sobrediagnóstico tiene sus repercusiones en la seguridad del paciente y en costes añadidos que habrían de estudiarse. Los médicos que decidieron las derivaciones por la aplicación de protocolo, pacientes varones, mayores de 45 años, con historial de tabaquismo y presentación de hematuria franca, obtuvieron tiempos hasta el diagnóstico similares a los del grupo de intervención debido a la elevada probabilidad pre-prueba de este grupo de pacientes. La ecografía en AP tiene una sensibilidad del 100% en la detección del cáncer vesical, con una especificidad del 80% y un VPN del 100% acortando el tiempo hasta la confirmación a 2,3 meses. El hecho de que al comparar estos tiempos con los controles (2,4 meses) no resulten significativos hay que interpretarlos con cautela, debido al número reducido de pacientes, y a que proceden de diferentes zonas de salud, de diferentes provincias con tiempos de demoras no comparables; ya que incluso en la misma área sanitaria existen procedimientos de derivación que no contemplan la derivación preferente/urgente. Un diseño de investigación prospectivo que incluyera variables posiblemente influyentes en los resultados como zona geográfica y recursos de derivación, podría resolver dudas en cuanto al tiempo hasta el diagnóstico y en la evitación de procedimientos innecesarios.

CONCLUSIONES

La exploración ecográfica por parte de médicos de familia presenta indicadores diagnósticos fiables con una sensibilidad y valor predictivo negativo del 100%. Sin embargo, en nuestro estudio, no se consigue mejorar los tiempos hasta el diagnóstico respecto del grupo control. Las consecuencias del sobrediagnóstico deben ser evaluados mediante un diseño prospectivo que reduzca los sesgos de selección.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses. El presente proyecto ha sido

aprobado por el Comité de Ética e Investigación Provincial de Málaga en su reunión del día 25 de octubre de 2018, protocolo 2526, considerándose ética y metodológicamente correcto.

Agradecimientos

Agradecemos a los miembros del GtE de la SAMFyC su participación.

BIBLIOGRAFÍA

1. EAU Guidelines. Edition presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018.
2. Las cifras del cáncer en España 2018. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2018. <https://www.seom.org/es/noticias/106525-las-cifras-del-cancer-en-espana-2018>.
3. García L, Martínez KM, CabalT. Hematuria. FMC. 2011; 7 (1): 39-43.
4. Ngo B, Perera M, Papa N, Bolton D, Sengupta S. Factors affecting the timeliness and adequacy of haematuria assessment – a systematic review. BJU Int. 2017; 119 (Suppl. 5): 10–18.
5. Schmidt-Hansen M, Berendse S, Hamilton W. The association between symptoms and bladder or renal tract cancer in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract. 2015;
6. Clinical Guideline 27. Referral guidelines for suspected cancer. NICE 2005.
7. Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline. Published: 23 June 2015. nice.org.uk/guidance/ng12.
8. Totaro A, Pinto F, Brescia A. Imaging in Bladder Cancer: Present Role and Future Perspectives. Urol Int 2010; 85:373–380.
9. Hafeez and Huddart. Advances in bladder cancer imaging. BMC Medicine. 2013; 11:104.
10. Sánchez Barrancos IM, Guerrero García FJ, Rico López MC, et al. Utilidad y fiabilidad de la ecografía clínica abdominal en medicina familiar (2): grandes vasos, bazo, nefrourológica y ginecológica. Aten Primaria. 2018; 50 (7):430-442.
11. Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. Ultrasound J. (2019) 11:31.

ORIGINAL

Los crónicos olvidados. Mejora de la calidad asistencial a pacientes con psicosis y esquizofrenia

Alarcón Pariente E¹, Méndez Ramos M²,
Luis Sorroche JF³, Gaspar Solanas A⁴,
Ruz Portero S⁵, Muñoz Cobos F⁶

¹Médico de Familia. Servicio Canario de Salud

²Médica de Familia. Centro de Salud Carranque. Málaga

³Médico de Familia Centro de Salud CENTRO
SALUD. Málaga

⁴MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga

⁵Médica de Familia. MIR de Anatomía Patológica.
Hospital Regional de Málaga

⁶Médica de Familia. Centro de Salud CENTRO
SALUD. Málaga

CORRESPONDENCIA

Francisca Muñoz Cobos
E-mail: franciscamunozcobos@gmail.com

Recibido el 28-10-2019; aceptado para publicación el 17-03-2020
Med fam Andal. 2020; 2: 89-97

PALABRAS CLAVE

Psicosis. Riesgo cardiovascular. Atención Primaria

RESUMEN

Título: los crónicos olvidados. Mejora de la calidad asistencial a pacientes con psicosis y esquizofrenia.

Objetivo: evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes con psicosis en atención primaria.

Diseño: descriptivo retrospectivo (2017). Ciclo evaluativo.

Emplazamiento: centro de salud urbano con dos consultorios rurales.

Población y muestra: pacientes con diagnóstico de psicosis (Código CIE: F20-F29) a fecha Junio 2017 atendidos en el centro de salud El Palo de Málaga (N=96). Se incluye el total de pacientes.

Intervenciones: dimensiones de calidad: competencia profesional, continuidad asistencial. Criterios de calidad: Evaluación estado emocional, consumo tóxicos e intervención sobre adictos, medición anual de tensión arterial (TA), hemoglobina glicosilada (HbA1C), perfil lipídico, Índice de Masa Corporal (IMC), perímetro abdominal, detección e intervención sobre tabaquismo, promoción de dieta y ejercicio. Se presentan mediante porcentaje de cumplimiento e intervalo de confianza al 95% (IC). Se realiza diagrama de Pareto.

Resultados: 93 pacientes, edad media $49,76 \pm 1,33$ años, 62,4% hombres. 73 pacientes (78,5%) visitados en 2017 en consulta de medicina de familia (media 3,62 consultas/año). Cumplimiento de criterios: evaluación emocional: 21,5%IC (13-30), IMC: 5,4%IC (0,8-10), perímetro abdominal: 0, tensión arterial: 33,8%IC (22,6-45), HbA1C: 26,5%IC (16-37), perfil lipídico: 51,4%IC (39,5-63). En un 38,7%IC (29-48) se ha intervenido en alimentación y ejercicio. En el 48,4% se ha recogido el hábito tabáquico, siendo fumadores 49%; realizado consejo en todos los casos. El consumo de tóxicos evaluado en el 19,35%IC (11,3-27,3): se ha intervenido en el 39% IC (16,4-61,4) de los adictos.

Conclusiones: existe un bajo cumplimiento de detección e intervenciones sobre riesgo cardiovascular en pacientes psicóticos y en la valoración del estado emocional y consumo de tóxicos.

KEY WORDS

Psychosis. Cardiovascular risk. Primary care.

ABSTRACT

Title: Chronic and forgotten. Improving the quality of care for patients with psychosis and schizophrenia.

Aim: To evaluate the quality of care provided to patients with psychosis in primary care.

Design: A retrospective, descriptive study (2017). Assessment cycle

Setting: An urban health centre with two GP surgeries in rural areas.

Population and sample: Patients diagnosed with psychosis (ICD-10 Code range F20-F29), as of June 2017, attending medical consultations at El Palo health centre in Malaga (N = 96). The total number of patients was included.

Interventions: Dimensions of quality: professional competence, continuity of care. Quality criteria: Assessment of emotional state, use of toxic substances and interventions on those addicted, annual measurement of blood pressure (BP), glycated haemoglobin (HbA1c), lipid profile, body mass index (BMI), abdominal perimeter, detection of and intervention on tobacco smoking, promotion of healthy eating and physical activity. These are represented by percentages of compliance and a 95% confidence interval (CI). A Pareto chart analysis was carried out.

Results: 93 patients, mean age 49.76 ± 1.33 years, 62.4% men. 73 patients (78.5%) seen in family medicine consultations in 2017 (average 3.62 consultations/year). Compliance with criteria: emotional assessment: 21.5% CI (13-30), BMI: 5.4% CI (0.8-10), abdominal perimeter: 0, blood pressure: 33.8% CI (22.6-45), HbA1c: 26.5% CI (16-37), lipid profile: 51.4% CI (39.5-63). Interventions on healthy eating and physical exercise were carried out in 38.7% CI (29-48) of patients. Smoking habits were registered in 48.4% of patients. 49% were smokers. Counselling was provided in all cases. Use of toxic substances was evaluated in 19.35% CI (11.3-27.3) of patients: 39% CI (16.4-61.4) of addicts underwent interventions.

Conclusions: There is a low level of compliance with detection of and interventions on cardiovascular risk in patients with psychosis and on the assessment of emotional state and use of toxic substances.

INTRODUCCIÓN

El término «trastorno psicótico» alude a un grupo de enfermedades mentales que tienen como síntomas comunes la pérdida del juicio de realidad y alteraciones de la percepción, los pensamientos, el estado de ánimo y el comportamiento. La prevalencia alcanza el 3,5%¹. La esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente, con gran afectación personal, social y profesional, siendo una de las principales causas médicas de incapacidad².

Las personas con enfermedad mental severa tienen alta morbilidad, con un riesgo global de muerte entre 1,4 y 1,6 veces mayor que la población general debido a problemas de salud física (WHO, 2011)³ y una expectativa de vida 18,7 años menor en hombres y 16,3 años menor en mujeres⁴. Permanecen invariables las tasas de mortalidad en estos pacientes, frente a su reducción en la población general⁵, indicando que las personas con esquizofrenia no se han beneficiado de las mejoras del nivel de salud en igual medida que las personas sin enfermedad mental⁶.

Las personas con esquizofrenia, tienen mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV)⁷: tabaquismo (71%), hipercolesterolemia (66%), hipertrigliceridemia (26%), Hipertensión arterial (HTA) (18%) y diabetes (5%). La tasa de diabetes mellitus es de dos a tres veces superior a la población general³. El síndrome metabólico también es más frecuente⁸, asociándose a mayores tasas de inactividad y peor forma física⁹.

La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte prematura en personas con psicosis, resultado de la combinación de exclusión social, mala alimentación (mayor ingesta calórica, de carbohidratos y grasas y menor en fruta, vegetales y fibra)¹⁰, falta de actividad física¹¹, deterioro del autocuidado y altas tasas de obesidad y tabaquismo^{1, 3}, agravadas por vulnerabilidades genéticas y efectos adversos de la medicación antipsicótica. También se ha demostrado que los pacientes con psicosis tienen menos acceso a los servicios sanitarios, menor calidad de los cuidados y se incluyen menos en actividades preventivas tanto en atención primaria como hospitalaria^{12 13}.

Otros problemas de salud de los pacientes con psicosis incluyen el consumo de tóxicos⁷ y la

comorbilidad psiquiátrica. Las estimaciones¹⁴ sobre la depresión comórbida en pacientes con esquizofrenia es del 75%, en comparación con el 25% de prevalencia en la población general. Los factores de riesgo son antecedentes familiares, altas expectativas, mal afrontamiento familiar, estigma social, capacidad de autocrítica, ingresos hospitalarios y conciencia de dependencia¹⁵.

La guía NICE¹⁶ recomienda realizar evaluaciones periódicas del estado de salud de las personas con esquizofrenia mediante un plan de atención individualizado entre atención primaria y servicios de salud mental.

Estudios previos¹⁷ en nuestra área han mostrado un elevado número de visitas de los pacientes psicóticos a la consulta de AP (media de 5.63 visitas/año), así como la relación entre variables organizativas de AP (tamaño del cupo) y el riesgo de ingreso del paciente en Unidades de Salud Mental hospitalarias, mostrando la importancia del primer nivel asistencial en la salud de estos pacientes.

Las enfermedades mentales se han considerado mucho menos que otras patologías como objeto de evaluación y monitorización de la calidad asistencial¹⁸, aunque hay interés creciente por la utilización de indicadores para mejorar la práctica asistencial en salud mental en países anglosajones^{19 20} y en nuestro entorno^{21 22}. Estos estudios van incluyendo la atención a la salud física de estos pacientes²³ y el papel de la atención primaria²⁴, si bien se hace necesario evaluar explícitamente cómo los pacientes psicóticos son atendidos en sus centros de salud de referencia tanto a nivel asistencial como preventivo.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de la asistencia prestada a pacientes con psicosis, atendidos en un centro de atención primaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se realiza en el centro de salud El Palo que atiende a una población de 36.000 habitantes.

Los sujetos de estudio son pacientes con diagnóstico de psicosis (Código CIE: F20-F29) en su historia clínica a diciembre de 2017 (N=96). Son

criterios de exclusión estar institucionalizado o vivir fuera de la zona. No se realiza muestreo, estudiándose el total de pacientes.

Utilizamos metodología de ciclo evaluativo²⁵ (Figura 1), dado que se ajusta al objetivo de la mejora continua, definiendo la oportunidad de mejora como “falta de promoción de salud en pacientes psicóticos”, analizada mediante diagrama Causa-Efecto²⁶ (Figura 2), considerando las barreras para la atención integral a la enfermedad mental²⁷ y para el correcto manejo de comorbilidades médicas en pacientes con esquizofrenia²⁸.

Ficha técnica: se elabora según las indicaciones de Saturno¹⁴.

- *Dimensiones de calidad:* calidad científico-técnica, continuidad asistencial.
- *Criterios explícitos normativos*² (tabla 1).
- *Tipo de datos:* de proceso asistencial.
- *Recogida de datos:* historia clínica informatizada de cada paciente.
- *Proveedores evaluados:* profesionales de medicina de familia y enfermería del centro de salud.
- *Tipo de evaluación:* Interna, retrospectiva. Datos correspondientes a 2017 excepto el registro de hábitos tóxicos (cualquier fecha de cumplimentación).
- *Presentación de resultados:* mediante porcentaje de cumplimiento e intervalo de confianza al 95% (IC) y mediante representación de incumplimientos en Diagrama de Pareto.

RESULTADOS

Se incluyen 93 pacientes (1 éxitus, 1 error diagnóstico, 1 error identidad). 73 pacientes (78,5%) han sido visitados al menos una vez en la consulta de medicina de familia en 2017, con una media de 3,62 consultas/año (IC 3,23-4,01). 35 pacientes fueron atendidos en consulta no demorable. La tabla 2 muestra las características de los pacientes.

Figura 1. Ciclo de calidad

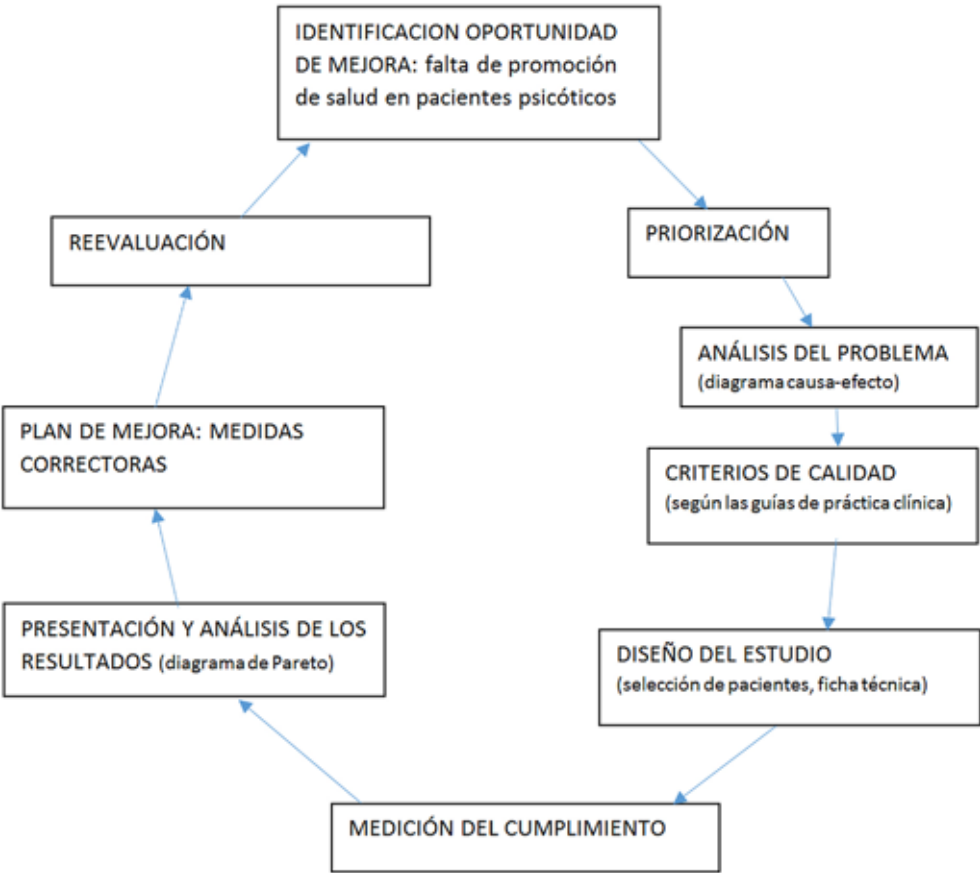


Figura 2. Diagrama Causa-Efecto

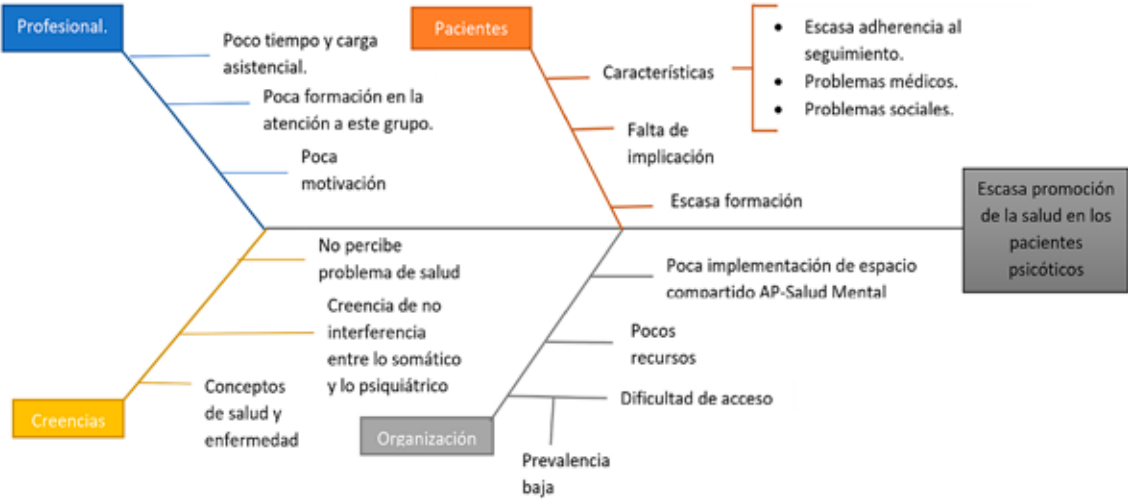


Tabla 1. Criterios de calidad seleccionados

CRITERIO	DIMENSIÓN	FORMATO	EXCEPCIONES/ ACLARACIONES
1.-Identificar estado emocional de los pacientes con esquizofrenia. Valorar comorbilidad Ansiedad, Depresión o ambas	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº de pacientes psicóticos a los que se le ha registrado síntomas depresivos o ansiosos /Nº total de pacientes psicóticos	Se considera cumplido cualquier tipo de valoración sobre síntomas depresivos o ansiosos. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
2.-En los pacientes con esquizofrenia debe evaluarse anualmente IMC	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº pacientes con medición del IMC/Nº total pacientes con esquizofrenia	Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
3. Debe evaluarse anualmente Perímetro abdominal	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº pacientes con Medición P. Abdominal/Nº total pacientes con esquizofrenia	Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
4. Debe evaluarse TA al menos una vez al año	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº pacientes con medición TA/Nº total pacientes con esquizofrenia mayores de 40 años	Menores de 40 años. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
5. Debe evaluarse HbA1c y/o Glucemia basal al menos una vez al año	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº pacientes con medición de Glucemia basal, HbA1c o ambas/Nº total pacientes con esquizofrenia mayores de 40 años	Menores de 40 años. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
6. Medición anual de Perfil lipídico	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº pacientes con valoración del perfil lipídico/Nº total pacientes con esquizofrenia mayores de 40 años	Menores de 40 años. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
7.- En pacientes esquizofrénicos se deben realizar intervenciones para promover la actividad física y la alimentación sana. (actividades de promoción de actividad física o intervenciones nutricionales)	Calidad científico técnica	Nº pacientes con esquizofrenia y aumento de peso, lípidos o glucemia y constancia de intervenciones/Nº total pacientes con esquizofrenia	Se considera cumplido si se ha recogido en 2017 se considera cumplido si se realiza sobre actividad física o alimentación
8.-En pacientes con esquizofrenia fumadores se debe ofrecer ayuda para dejar de fumar	Calidad científico técnica	Nº pacientes con esquizofrenia fumadores con registro de ofrecimiento de ayuda para dejar de fumar/Nº total pacientes con esquizofrenia con registro de ser fumadores	Se considera cualquier tipo de consejo, consulta específica, participación en grupos. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017
9.-Identificar el consumo de tóxicos (Tabaco, Alcohol, Cannabis, otras drogas...)	Calidad científico técnica. Continuidad asistencial	Nº de pacientes con esquizofrenia con registros de consumo de tóxicos/Nº total de pacientes con esquizofrenia	Se considera cumplido si se registra tabaco, alcohol, cannabis Se considera cumplido si se ha recogido en cualquier fecha
10.-En paciente con esquizofrenia consumidores de tóxicos se debe realizar intervención para la deshabituación o se hayan derivado para tratamiento	Calidad científico técnica	Nº de pacientes con esquizofrenia consumidores de tóxicos a los que se le realiza una intervención o derivación/Nº de pacientes con esquizofrenia consumidores de tóxicos excepto si solo consumen tabaco	Se excluyen pacientes que consuman solo tabaco. Se considera cumplido si se ha recogido en 2017

El cumplimiento de los criterios de calidad se recoge en la tabla 3. La figura 3 muestra el diagrama de Pareto de los criterios analizados.

DISCUSIÓN

El perfil de los pacientes incluidos con edad media en torno a 50 años y una predominancia

del sexo masculino, coincide con la descrita en pacientes psicóticos de nuestra área sanitaria¹⁷.

El hecho de que casi el 80% de los pacientes psicóticos hayan consultado con su médico de familia en el último año y que la media de asistencias anuales de una frecuentación similar a la de la población adscrita, muestra la necesidad de utilización de la atención primaria por este grupo de población.

Tabla 2. Descripción de la población de estudio

VARIABLE	FRECUENCIA	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
Edad (años) (n=93)	Media 49,76 25 ≤40 años	(48,43-51,09)
Sexo (n=93)	37,6% mujeres, 62,4% hombres	
IMC (Kg/m2) (n=5)	Media 29,92	(26,52-33,32)
HbA1C (%) (n=21)	Media 6,31 33,33% entre 5,7-6,4 28,57% ≥6,5	(6,06-6,56)
Perfil lipídico (n=47)		
- Colesterol total (gr/dl).	Media 193,04	(187,92-198,155)
- HDL colesterol (gr/dl).	Media 45,85	(43,82-47,88)
- LDL colesterol (gr/dl)	Media 114,68	(110,28-119,07)
Tensión arterial (n=28)		
- Sistólica (mmHg).	Media 126,55	(123,77-129,33)
- Diastólica (mmHg).	Media 76,93	(74,755-79,1)

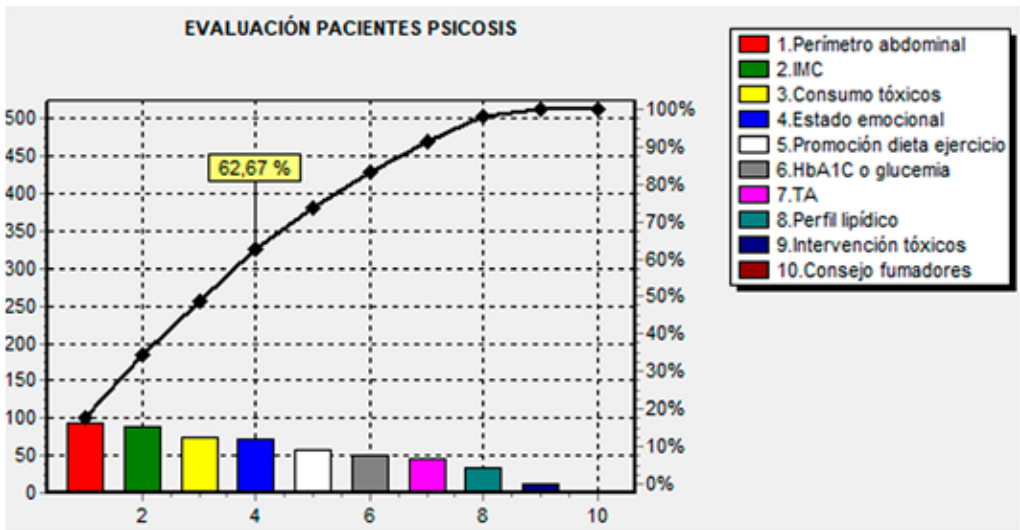
Tabla 3. Resumen de resultados. Porcentaje de cumplimiento de criterios

CRITERIO	Casos cumplidos	Casos incumplidos	Excepciones	Total que pueden cumplir	Porcentaje de cumplimiento	INTERVALO CONFIANZA 95%
1.-Identificar estado emocional de los pacientes con esquizofrenia. Valorar comorbilidad Ansiedad, Depresión o ambas	20	73	0	93	21,51%.	(13,15-29,86)
2.-En los pacientes con esquizofrenia debe evaluarse anualmente IMC	5	88	0	93	5,37	(0,79-9,96)
3. Debe evaluarse anualmente Perímetro abdominal	0	93	0	93	0%	--
4. Debe evaluarse la tensión arterial al menos una vez al año	23	45	25 ≤40 años	68	33,82%	(22,58-45,07)
5. Debe evaluarse HbA1c o glucemia basal al menos una vez al año.	18	50	25 ≤40 años	68	26,47%	(15,98-36,96)
6. Medición anual de Perfil lipídico	35	33	25 ≤40 años	68	51,47%	(39,59-63,35)
7.-Intervenciones para promover la actividad física y la alimentación sana (actividades de promoción o intervenciones nutricionales).	36	57	0	93	38,7%.	(28,81-48,61)
8.-En pacientes con esquizofrenia fumadores se debe ofrecer ayuda para dejar de fumar	23	0	70 Pacientes no fumadores o no registrado. Registrado en 45 pacientes	23 fumadores	100%.	--
9.-Identificar el consumo de tóxicos (Alcohol, Cannabis, otras drogas...). excepto tabaco	18	75	0	93	19,35%.	(11,33-27,38)
10.-En paciente con esquizofrenia consumidores de tóxicos se debe realizar intervención para la deshabituación o se hayan derivado para tratamiento.	7	11	75 Pacientes no consumidores de tóxicos o no registrados.	18 consumidores	38,88%	(16,4-61,4)

El porcentaje de cumplimiento de los criterios es marcadamente bajo, si bien hay que considerar que es la primera vez que se evalúan para estos pacientes en nuestro centro. Comparando con

otros estudios²⁹ realizados en atención primaria fuera de nuestro país estamos muy por debajo en la medición del IMC (84%) y de la tensión arterial (87%).

Figura 3. Diagrama de Pareto



En el diagrama de Pareto se observa que el 60% de incumplimientos se definen para las mediciones del IMC, perímetro abdominal, el registro del estado de ánimo y de consumo de tóxicos. Este hecho nos permite identificar que las intervenciones orientadas a la mejora en esos criterios permitirán resolver la mayor parte de los déficits de calidad detectados.

La medición del perfil lipídico de los pacientes psicóticos muestra mejores porcentajes, similares a otros estudios de calidad en pacientes con trastorno mental grave (26-77%)³⁰. La medida de la HbA1C arroja valores medios altos, así como el IMC (media 29,9) reflejando la asociación de obesidad y diabetes a los trastornos psicóticos, si bien se han medido en pocos pacientes.

Como medidas correctoras proponemos establecer un protocolo de actuación conjunta equipo de salud mental/atención primaria para el seguimiento integral de estos pacientes, que tiene que ser multifactorial para ser efectivo³¹ y con participación multiprofesional e incluyendo: valoración de hábitos de vida y promoción de alimentación y ejercicio físico, considerando las dificultades añadidas para el cambio de conductas y mantener la motivación³²; valoración e intervención sobre FRCV teniendo en cuenta su número y grado de alteración, dada la menor fiabilidad de las tablas

de riesgo en pacientes con enfermedad mental³³; identificación e intervención del consumo de tóxicos; evaluación del cumplimiento terapéutico y posibles efectos secundarios; evaluación emocional y funcional; identificación y valoración de cuidadores familiares, y educación sanitaria; valoración sociofamiliar y redes de apoyo. También se considera necesario aumentar la formación en los profesionales sanitarios y mejorar la coordinación entre los equipos de atención primaria y salud mental^{27 28} en la atención a estos pacientes, aprovechando la experiencia previa de trabajo conjunto y colaborativo centrado en los pacientes con ansiedad-depresión-somatizaciones. La promoción de salud debe ser el centro de la intervención, ya que se ha visto que la actividad física en pacientes con esquizofrenia tiene beneficios no solo en la salud general y cardiovascular, sino que además reduce los síntomas positivos y negativos de la enfermedad y mejora el estado cognitivo, siendo estas mejoras dependientes de la intensidad del ejercicio³⁵. Intervenciones conjuntas sobre alimentación y ejercicio han resultado efectivas para ralentizar la ganancia de peso en pacientes tratados con antipsicóticos³⁶, sobre todo al inicio de los tratamientos.

Como líneas futuras de investigación se hace necesario reevaluar el plan de mejora siguiendo la metodología del Ciclo de Mejora.

Entre las limitaciones de nuestro estudio están: sesgos de selección, no contemplándose pacientes con seguimiento privado o institucionalizados; déficit de registro; falta de medición de las actividades realizadas por cada profesional medicina/enfermería de familia, y la exclusión errónea de los menores de 40 años en la medición de algunos criterios (referidos a tensión arterial, glucemia y perfil lipídico), sin tener en cuenta que estos factores se pueden alterar en paciente psicóticos mucho antes que en población general³³, tampoco se ha diferenciado la procedencia de la solicitud de la analítica ni qué profesional ha evaluado el resultado.

Las conclusiones de nuestro estudio son que en pacientes con enfermedad psicótica/trastorno mental grave, es escaso el registro de detección de comorbilidad psiquiátrica, consumo de tóxicos, e intervención preventiva sobre factores de riesgo cardiovascular, siendo necesario mejorar la calidad de la atención prestada a este grupo de personas.

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez DA, Goitia B, Mendoza E. El espectro psicótico en atención primaria. *AMF*. 2015;11(5):258-64.
- García-Herrera JM, Hurtado MM, Nogueras EV, Quemada C, Rivas F, Gálvez L, Bordallo A, Morales JM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y en salud mental. Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2016.
- NHS Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12. London: NHS Employers; 2011.
- Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia Research* 2011;131:101-4.
- Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophrenia Research* 2009;113(1):1-11.
- Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time. *Archives of General Psychiatry* 2007;64 (10):1123-31.
- Foguet Q, Roura P, Bullón A, Mauri C, Gordo N Cecilia R. Factores de riesgo cardiovascular y calidad de vida en paciente con trastorno mental severo. *Atención Primaria*. 2013; 45(3): 141-48.
- Sicrás-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Rejas-Gutiérrez J, Navarro-Atieda R. Metabolic Syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of primary health care database. *Eur. Psychiatry*. 2008;23:100-8.
- Soundy A, Wampers M, Probst M, De Hert M, Stubbs B, Vancampfort D. Physical activity and sedentary behaviour in outpatients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ther Rehabil*. 2013;20(12):588-96.
- Srassnig M, Brar JS, Ganguli R. Nutritional assessment of patients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research* 2003;29(2):393-7.
- Vancampfort D, Knapen J, Probst M, Scheewe T, Remans S, De Hert M. A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(5):352-62.
- Rummel-Kluge C, Komossa K, Schwarz S, Hunger H, Schmid F, Lobos CA, et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2010;123(2-3): 225-33.
- Ussher M, Doshi R, Sampuran A, West R. Cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia receiving continuous medical care. *Community Mental Health Journal* 2011;47(6):688-93.
- Saturno PJ, Imperatori E, Corbellá A. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseño de proyecto. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991
- Cabrera, MD. Stanley, N. Caroff, M, DLFAPA. "Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis" UPTODATE [Internet]. 2017.
- NICE. Psychosis and Schizophrenia in adults. NICE clinical guideline no. 178. London: NICE;2014.
- Bordallo A. Factores asociados al uso de servicios sanitarios en personas con esquizofrenia y trastornos afines. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. 2015.
- Gaebel W, GroBimlinghaus I, Heun R, Janssen N, Johnson B, Kurimay T et al. European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *Eur Psychiatry*.2015;30:360-87.
- Addington DE, McKenzie E, Wang J, Smith HP, Adams B, Ismail Z. Development of a core set of performance measures for evaluating schizophrenia treatment services. *Psychiatr Serv*.2012;63:584-91.
- Schellings R, Essers B, Kessels AG, Brunner F, van den Ven T, Robben P. The development of quality indicators in mental healthcare: A discrete choice experiment. *BMC Psychiatry*.2012;12:103.

21. Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, Martín M, Grané MS, Gibert K, Roca M, et al. GCLin-SEP group. A preliminary taxonomy and a standard knowledge base for mental-health system indicators in Spain. *Int J Ment Health Sust*.2010;4:29.
22. Bernardo M, de Dios C, Pérez V, Ignacio E, Serrano M, Vieta E, et al. Indicadores de calidad en el tratamiento de pacientes con depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia. Estudio de Consenso. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*.2017.<http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.09.002>.
23. McGinty EE, Baller J, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Quality of medical care for persons with serious mental illness: A comprehensive review. *Schizophr Res*.2015;165:227-35.
24. Martin JL, Lowrie R, McConnachie A, Mc Lean G, Mair F, Mercer SW, et al. Physical health indicators in major mental illness: Analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract*.2014;64:e649-56.
25. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990.
26. Urís J, Pariente E. Análisis de las oportunidades de mejora. La búsqueda de causas. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P(Coords). *Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria*. Tomo II. Madrid: Dupont Pharma SA, 1997: 49-72.
27. Unützer J, Schoebaum M, Druss BG, Katon WJ, Transforming mental health care at the interface with general medicine: report for the presidents's commission. *Psychiatr Serv*.2006;57:37-47.
28. Buckley P. Visión de la esquizofrenia. Consideraciones sobre la comorbilidad médica en esquizofrenia. *Revista de Toxicomanías*.2009;56:3-9.
29. Langan J, Lowrie R, McConnachie A, McLean G, Mair F, Mercer SW et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *British Journal of General Practice*.2014; 64(627):e649-56.
30. McGinty EE, Baller J, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Quality of Medical Care for Persons with Serious Mental Illness: A Comprehensive Review. *Schizophr Res*.2015;165(0):227-35.
31. Palmer VJ, Lewis M, Stylianopolous V, Furler J. Primary care prevention of the cardiovascular health crisis for people with severe mental illnesses: The elephant in the room.2018;47(12):846-850. doi: 10.31128/AJGP-09-18-4692
32. PearsallR, Thyarappa PraveenK, PelosiA, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD009547. DOI: 10.1002/14651858.CD009547.pub2.
33. Castillo M, Fábregas M, Bergé D, Goday A, Vallés JA. Psicosis, riesgo cardiovascular y mortalidad asociada:¿vamos por el buen camino? *Clin Invest Arterioscl*.2014;26(1):23-32.
34. Cunningham R, Poppe K, Peterson D, Every-Palmer S, Soosay I, Jackson R. Prediction of cardiovascular disease risk among people with severe mental illness: A cohort study. *PLoS ONE*.2019;14(9): e0221521. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221521>.
35. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung A. A systematic review and metaanalysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med*. 2015;45(7):1343–61.
36. Littrell KH, Hilligoss NM, Kirshner CD, Petty RG, Johnson CG. The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *J Nurs Scholarship*.2003;3(3):237-41.

ORIGINAL

Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en Atención Primaria

Leyva Alarcón A1, Molina Hurtado E2,
Barquero Padilla R1, Expósito Sáez R3,
Ganfornina Rus F4, Pérez Milena A5

¹MIR de MFyC. CS El Valle. Jaén

²Médico de Familia. CS de Porcuna (Jaén)

³Enfermera de Familia. CS El Valle. Jaén

⁴Enfermera de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

⁵Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 13-04-2020; aceptado para publicación el 24-04-2020

Med fam Andal. 2020; 2: 98-106

PALABRAS CLAVE

Inyecciones intralesionales. Dolor de hombro. Atención Primaria. Procedimientos quirúrgicos menores.

RESUMEN

Título: eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en atención primaria.

Objetivo: valorar la eficiencia de las infiltraciones de corticoides en el síndrome de hombro doloroso en atención primaria y las variables relacionadas con la mejoría del dolor.

Diseño: estudio retrospectivo de cohortes mediante auditoría de historias clínicas.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Población y muestra: pacientes con hombro doloroso que reciben infiltración con corticoides en un centro de salud (2009 a 2017). Se valora ausencia de dolor a medio (2 semanas) corto (3 meses) y largo plazo (1 año). Se recogen edad/sexo, diagnóstico y derivaciones al hospital, características de la infiltración.

Intervenciones: análisis descriptivo y multivariante (regresión logística). Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

Resultados: 56 pacientes, 56,6±11,6 años, 69% mujeres. Las lesiones más frecuentes son no especificadas, tendinitis calcificante y del supraespinoso. Exploración física 92%, pruebas complementarias 60%, derivación al hospital 27%, diagnósticos erróneos 25%. La infiltración más frecuente es vía lateral (81%) con betametasona (78%). Mejoría a corto plazo 67%, medio plazo 60% y largo plazo 48%. La mejoría inicial se relaciona con la fisioterapia previa (OR 7,34). Un diagnóstico inicial correcto se relaciona con mejoría a medio y largo plazo (OR 7,7 y 4,1), al igual que el uso de triamcinolona (OR 4,2 y 2,2). Cada nueva infiltración podría empeorar el pronóstico a largo plazo (OR 3,3).

Conclusiones: la mejoría inicial (2/3 pacientes) disminuye a largo plazo (1/2 pacientes). El uso de fisioterapia y triamcinolona podrían contribuir a mantener la mejoría, siendo fundamental realizar un diagnóstico correcto desde el inicio.

KEYWORDS

Injections, intralesional. Shoulder pain. Primary care. Minor surgical procedures.

ABSTRACT

Title: effectiveness of corticosteroid injections in shoulder pain patients in primary care.

Aim: To assess the effectiveness of corticosteroid injections in painful shoulder syndrome in primary care, as well as the variables associated with pain relief.

Design: A retrospective cohort study through medical record audits.

Setting: Urban primary care centres.

Population and sample: shoulder pain patients receiving corticosteroid injection in a primary care centre (2009 to 2017). Short-term (2 weeks), medium-term (3 months) and long-term (1 year) absence of pain was assessed. Data on age, sex, diagnosis and hospital referrals, and characteristics of the injection were collected.

Interventions: Descriptive and multivariate analyses (logistic regression). The trial has been approved by a Research Ethics Committee.

Results: 56 patients, 56.6 ± 11.6 years old, were included in the study. 69% were women. The most common types of injuries were: undetermined injuries, calcific tendonitis and supraspinatus tendonitis. 92% had physical examination, 60% complementary tests, 27% referrals to hospital, 25% misdiagnoses. The corticosteroid injection most frequently received by patients was via the lateral route (81%) with betamethasone (78%). 67% reported pain relief in the short-term, 60% in the medium-term, and 48% in the long-term period. Initial pain relief is associated with having received prior physiotherapy (OR 7.34). A correct initial diagnosis is associated with medium- and long-term pain relief (OR 7.7 and 4.1), and so is the use of triamcinolone (OR 4.2 and 2.2). Each additional shot may worsen long-term prognosis (OR 3.3).

Conclusions: initial pain relief (2/3 patients) decreases in the long-term period (1/2 patients). The use of physiotherapy and triamcinolone could contribute to sustained pain relief. Establishing a correct diagnosis from the very beginning is vital.

INTRODUCCIÓN

Las afecciones articulares y periarticulares son un motivo de consulta frecuente en la consulta de atención primaria y generan un importante impacto socioeconómico. El hombro doloroso es la tercera causa de enfermedad musculoesquelética de la población, afectando entre el 7% y 34% de la población, pudiendo llegar a ser incapacitante¹. La causa más frecuente es la tendinopatía del manguito rotador que ocurre hasta en el 70% de los casos. Existen distintas alternativas en el tratamiento, que incluyen analgesia, fisioterapia y la inyección de corticosteroides como segunda elección. La respuesta a estos tratamientos es impredecible, y entre el 40% y el 50% de los pacientes todavía tienen dolor a los 6 meses².

Las infiltraciones son usadas ampliamente en la atención primaria para tratar el dolor en el hombro y forman parte de la cartera de servicios de cirugía menor. Sin embargo, todavía no hay estudios concluyentes sobre la potencia y eficacia de esta terapia. Diferentes meta-análisis sugieren beneficios con la inyección subacromial para la tendinitis del manguito de los rotadores, pero incluyen estudios de baja calidad metodológica y con una eficacia a corto plazo poco clara^{3,4}. Dado el bajo coste, la alta efectividad y las escasas complicaciones, y teniendo en cuenta los tiempos de espera para la atención hospitalaria en este tipo de patologías, se ha defendido la importancia de incorporar las infiltraciones locales a la práctica del médico de familia, evitando derivaciones y esperas innecesarias⁵.

La necesidad de mayores evidencias y la alta frecuencia de presentación en las consultas de Atención Primaria son los motivos por los que es necesario conocer la eficiencia de las infiltraciones de hombro realizadas de forma extrahospitalaria, así como aquellos factores que influyen o se relacionan en la buena o mala respuesta a estos procedimientos, tanto de la técnica y medicación empleada como del propio paciente.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseña un estudio de cohortes con seguimiento retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas, comprendiendo desde el año 2009 hasta

el año 2017. Se selecciona la zona básica de salud de un barrio urbano de Jaén capital (España) con una población de aproximadamente 16.000 habitantes, con un 40% en riesgo de exclusión social. En el centro de salud se oferta en su cartera de servicios la infiltración periarticular del hombro, dentro del programa de Cirugía Menor.

Se incluyen todos los pacientes que han recibido una o más infiltraciones locales de hombro con corticoides durante los años 2009 a 2017, por patología relacionada con el hombro doloroso (se exponen las patologías relacionadas con su código CIE 10 en la tabla 1). Se excluyen los pacientes menores de 14 años; con menos de un mes de evolución del dolor, con patología sistémica, ósea o reumática causante del dolor. También quedan excluidos aquellos sin registro sobre el procedimiento realizado en su historia de salud. Se estima un tamaño de muestra mínimo de 46 pacientes, con una cobertura poblacional del 0,2%^{5,6}, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%. Se estima un porcentaje de pérdidas del 5%, por lo que el tamaño de muestra final será de 48 pacientes. El listado de pacientes se obtiene del registro manual del programa de cirugía menor y los datos clínicos de la historia clínica digital Diraya. Se reclutan todos los pacientes que cumplen criterios de inclusión. La variable principal es la mejoría del dolor, valorando la evolución a las dos semanas, a los tres meses y al año de la última infiltración realizada^{5,6}. Estas variables se recogen de forma indirecta mediante una auditoría de la Historia de Salud Única digital (atención primaria y hospital) durante el año posterior a la última infiltración realizada. La mejoría se estima de forma indirecta por indicación registrada en la historia clínica, el cese de consumo de analgésicos, la ausencia de derivaciones o pruebas complementarias por el mismo motivo, o bien por ausencia de consultas por el mismo motivo (tanto en atención primaria como hospitalaria, siempre que existan consultas por otros motivos).

Otras variables independientes a recoger son las siguientes:

- Personales: edad y sexo
- Patología de hombro: diagnóstico (codificado mediante CIE 10), registro de exploración física, pruebas complementarias (Radiogra-

fía, Ecografía, RMN) y número de consultas en Atención Primaria (por hombro doloroso).

- Analgesia (principio activo, dosis media diaria y tiempo) y tratamiento en fisioterapia (sí/no)
- Características de la infiltración (vía de acceso, número de infiltraciones e intervalo entre las mismas). Tipo de corticoide empleado y dosis.

Tras el año de seguimiento, se recogen las siguientes variables: número de consultas por el mismo motivo en Atención Primaria, derivaciones a consultas hospitalarias (traumatología y/o rehabilitación), patología de hombro (si fuera diferente del inicial), nuevas pruebas complementarias realizadas.

Análisis de datos

Se utiliza el programa informático SPSS v21.0 para el análisis estadístico:

- Análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar), calculando la densidad de incidencia para la mejoría tras la infiltración.
- Análisis bivariante según el género del paciente y el tipo de patología diagnosticada. Para las comparaciones de medias se comprueba la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el (test χ^2 para cualitativas.
- Análisis multivariante mediante regresión logística empleando la mejoría del dolor/curación como variable dependiente, empleando las otras variables como independientes.

Aspectos éticos

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén y su desarrollo se ha realizado conforme a la Declaración de

Helsinki de la AMM (Brasil, 2013), a las normas de buena práctica clínica (Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero; BOE núm. 38, de 13/02/2007) y a la ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio son confidenciales y se han tratado conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Las historias clínicas fueron auditadas por médicos de familia y médicos residentes, quienes accedieron a las historias clínicas mediante una identificación personal. Se codificó la identificación personal de los pacientes en la base de datos para proteger el anonimato.

RESULTADOS

Características de los pacientes antes de la infiltración

Se valoraron un total de 55 pacientes con una media de edad de 56,6 años (±11,6), y más fre-

cuentemente mujeres (69%). Las patologías diagnosticadas por el médico de familia se exponen en la tabla 1, siendo las más frecuentes la lesión de hombro no especificada, la tendinitis calcificante de hombro y la tendinitis del supraespinoso. El 92% de los pacientes tiene registrada una exploración física y al 60% se le solicitan pruebas complementarias (ecografía 44%, radiografía 10%, ambas 6%). El tratamiento más frecuente previo a la infiltración son los antiinflamatorios no esteroideos (37%) seguido por el uso de analgesia de primer escalón con opioides menores (10%) y la analgesia de primer escalón usando analgésicos no antiinflamatorios y AINEs (8%). Sólo un 13,5% de los pacientes habían recibido sesiones de fisioterapia antes de la infiltración. Al 57% de los pacientes se le indica la infiltración en la primera consulta, un 26% en la segunda consulta y un 10% en la tercera.

Características y resultados de las infiltraciones de hombro

El 82% de las infiltraciones se realizan en los últimos cinco años del estudio. En un 60% de

Tabla 1. Códigos CIE-10 de las diferentes patologías estudiadas

Patología y código CIE 10	Prevalencia en el estudio
(M75.0) Capsulitis adhesiva del hombro	1,9%
(M75.1) Síndrome del manguito rotatorio	--
(M75.2) Tendinitis del biceps	1,9%
(M75.3) Tendinitis calcificante del hombro	21,2%
(M75.4) Síndrome de abducción dolorosa del hombro	1,9%
(M75.5) Bursitis del hombro	3,8%
(M75.8) Otras lesiones del hombro	1,9%
(M75.9) Lesión del hombro, no especificada	46,2%
(M77.9) Tendinitis Supraespinoso	17,3%
(M65.0) Desgarro tendinoso	3,8%
(M23.3) Rotura tendinosa	--

las historias clínicas se refleja la vía de abordaje, siendo la lateral la más frecuente (81%), seguida por las vías anterior (13%) y posterior (6%). El número medio de infiltraciones realizadas de 1,5 ($\pm 0,6$) siendo más frecuente el uso de betametasona frente a triamcinolona acetónido (tabla 2). Con la triamcinolona es más frecuente poner una o dos dosis, mientras que sólo se administran tres dosis con la betametasona ($p < 0,01$ test χ^2). El intervalo medio de tiempo entre dosis es de 26,5 días ($\pm 73,6$). En todos los casos se añadió un anestésico junto con el corticoide (mepivacaina o lidocaina).

El 67% de los pacientes tienen registrada una mejoría clínica a las dos semanas de la infiltración. Este porcentaje disminuye al 60% a los tres meses tras la última infiltración y se mantiene en el 48% de los pacientes transcurrido un año tras el uso de corticoides infiltrados. Un 62% de los pacientes no precisan ser enviados para una valoración por ningún servicio hospitalario, mientras que un 27% son derivados a Medicina Física y Rehabilitación, el 6% son valorados en Cirugía Ortopédica y Traumatología y un 5% en ambos servicios. Se ha precisado realizar una nueva prueba complementaria en el 27% de los pacientes (ecografía 17%, radiografía 2% y resonancia magnética nuclear 8%). Tras todas las nuevas derivaciones y exploraciones, el diagnóstico inicial dado en consulta del médico de familia se ha mantenido en el 75% de los casos. Tras la infiltración, el 81% de los pacientes no han precisado continuar tomando analgésicos. De los restantes pacientes, un 11,5% ha tomado antiinflamatorios no esteroideos, y el resto ha tomado en igual proporción (2,5%) analgésicos no antiinflamatorios, opioides mayores o la suma de ambos. Un 20% ha precisado un tratamiento

de fisioterapia posterior a las infiltraciones con corticoides.

Variables relacionadas con la mejoría según el tiempo transcurrido hasta la mejoría

En la tabla 3 se muestran las variables independientes estudiadas en función de los intervalos de mejoría clínica. No se encuentran diferencias significativas según las características individuales del paciente, por frecuentación previa, diagnóstico inicial (o cambio del mismo), realización de pruebas complementarias o derivación al hospital, ni por la analgesia previa empleada. De igual forma, no hay cambios según el tipo de corticoide usado, la vía de abordaje o el número de infiltraciones.

El análisis multivariante que relaciona los intervalos hasta la mejoría clínica con el resto de variables independientes se muestra en la tabla 4. La mejoría a las dos semanas se relaciona positivamente con la fisioterapia previa (OR 7,34); en cambio, la probabilidad de mejoría podría disminuir conforme aumenta el número de infiltraciones realizadas (OR 0,4) y en caso de usar la triamcinolona acetónido (OR 0,6) aunque sin diferencias significativas.

La mejoría a los tres meses se relaciona con el tipo de corticoide empleado: cuando se usa triamcinolona acetónido en lugar de betametasona, la probabilidad de mejorar a los tres meses es superior (OR 4,2). En cambio, un diagnóstico inicial erróneo empeora la probabilidad de mejorar en este plazo de tiempo (OR 0,13). Por último, la mejoría a los doce meses se relaciona con el número de infiltraciones y el diagnóstico inicial

Tabla 2. Características del uso de la corticoterapia para la infiltración del hombro doloroso

	Betametasona	Triamcinolona acetónido
Prevalencia	78%	22%
Dosis media	1,42 mgr $\pm 0,6$	1,4 mgr $\pm 0,7$
Número de dosis	1,4 $\pm 0,6$	1,7 $\pm 0,5$
Intervalo entre dosis	21,1 días $\pm 69,2$	55,9 días $\pm 103,7$

Tabla 3. Características de los pacientes antes de la infiltración con corticoides según el intervalo de tiempo hasta experimentar mejoría

Características del paciente antes de la infiltración	Intervalo hasta la mejoría clínica		
	2 semanas	3 meses	12 meses
Edad (años)	55,0±11,6	56,0±10,9	54,9±10,9
Sexo (mujer)	69%	74%	68%
Tipo de lesión			
• (M75.1) Síndrome del manguito rotatorio	17%	21%	16%
• (M75.2) Tendinitis del bíceps	3%	6%	0%
• (M75.3) Tendinitis calcificante	26%	19%	16%
• (M75.4) Abducción dolorosa del hombro	3%	3%	4%
• (M75.9) Lesión no especificada	51%	45%	48%
• (M75.8) Otras lesiones del hombro	0%	6%	12%
• (M75.5) Bursitis del hombro	0%	0%	4%
Pruebas complementarias	60%	55%	60%
Vía de abordaje			
• Lateral	75%	79%	89%
• Anterior	15%	16%	11%
• Posterior	10%	5%	0%
Numero de dosis			
• Una	69%	61%	76%
• Dos	25%	29%	20%
• Tres	6%	10%	4%
Diagnóstico diferente del inicial	17%	10%	16%

erróneo. En ambos casos, las variables actúan prediciendo una peor respuesta a la infiltración: por cada nueva infiltración se incrementa la OR en 3,25 para persistir el dolor, y un diagnóstico erróneo inicial aporta una OR de 4,1 para no mejorar (aunque en ambos casos el intervalo de confianza engloba el valor 1). Cuando se usa triamcinolona frente a betametasona, la OR es de 2,15 para presentar una mejoría a los doce meses, aunque no obtiene significación estadística.

DISCUSIÓN

Los principales resultados obtenidos indican que los pacientes acuden pocas veces al médico de familia por dolor de hombro antes de la infiltración, aunque más de la mitad deben realizarse pruebas complementarias y tomar analgesia. La mejoría del dolor tras la infiltración es alta a corto plazo (2 de cada 3 pacientes) pero disminuye en el seguimiento a un año (con una mejoría de

1 caso por cada 2 infiltraciones). La mejoría a corto plazo está relacionada con la realización previa de fisioterapia, mientras que la evolución favorable a medio y largo plazo se relaciona con el uso de la triamcinolona acetónido frente a la betametasona, así como a una correcta realización de un diagnóstico previo a la infiltración.

Los corticoides son empleados por su potente acción antiinflamatoria, siendo betametasona, metilprednisolona y triamcinolona los más utilizados⁷. Diferentes estudios realizados en España muestran su uso en las infiltraciones periarticulares del hombro favorece una disminución del dolor e impotencia funcional en el síndrome del hombro doloroso^{5,6}. Sin embargo, otras revisiones^{4,8,9} coinciden con los hallazgos de este estudio al evidenciar que esta terapia reduce el dolor a corto plazo en comparación con otras intervenciones, pero que el efecto analgésico se revierte a medio y largo plazo sin producir mejoría funcional. Otros estudios más antiguos indican una mayor eficacia de las inyecciones

Tabla 4. Modelo multivariante mediante regresión logística sobre variables predictivas en pacientes con mejoría del dolor transcurridas dos semanas, tres meses y doce meses tras la infiltración de hombro

Mejoría clínica tras 2 semanas de la última infiltración					
Variable	Beta	OR	IC al 95%	Ji ² Wald	p
<i>Independiente</i>	5,328	--	--	6,841	0,009
Edad (años)	0,046	0,955	(0,90; 1,01)	2,449	0,118
Fisioterapia previa	1,993	7,341	(4,82; 9,86)	2,411	0,012
Tipo de corticoide (triamcinolona)	0,675	0,509	(0,64; 1,15)	1,316	0,251
Número de infiltraciones	0,915	0,400	(0; 1,67)	3,125	0,077
Mejoría clínica tras 3 meses de la última infiltración					
Variable	Beta	OR	IC al 95%	Ji ² Wald	p
<i>Independiente</i>	1,456	--	--	,647	0,421
Edad (años)	0,027	0,973	(0,91; 1,03)	,825	0,364
Tipo de corticoide (triamcinolona)	1,433	4,190	(2,76; 5,62)	3,872	0,049
Derivación a hospital	0,633	0,531	(0; 1,26)	2,874	0,090
Diagnóstico inicial erróneo	2,054	0,128	(0; 0,38)	4,439	0,035
Mejoría clínica tras 12 meses de la última infiltración					
Variable	Beta	OR	IC al 95%	Ji ² Wald	p
<i>Independiente</i>	2,824	--	--	2,703	0,100
Edad (años)	0,030	0,971	(0,92; 1,02)	1,160	0,282
Tipo de corticoide (triamcinolona)	0,768	2,156	(1,28; 3,43)	1,389	0,239
Número de infiltraciones	1,181	0,307	(0; 1,41)	4,376	0,036
Diagnóstico inicial erróneo	1,411	0,244	(0; 1,73)	3,477	0,062

subacromiales de corticosteroides respecto al uso de AINEs, con una mejora de la tendinitis del manguito rotador hasta un período de 9 meses³. Algunos estudios ligan esta mejoría a una edad más joven¹⁰, algo que no se apreciaba en el estudio. Aunque algunas revisiones constatan poca evidencia para respaldar la eficacia de la inyección subacromial de corticosteroides en el tratamiento de la enfermedad del manguito rotador¹¹, este estudio muestra cómo la mitad de los pacientes estudiados mejoran a largo plazo lo que puede ofrecer una alternativa terapéutica accesible al médico de familia^{3,4,6,9}.

La infiltración con acetónido de triamcinolona para el tratamiento del dolor musculoesquelético

ha brindado muy buenos resultados con mejoría clínica rápida y un mínimo de complicaciones¹². El uso de triamcinolona ofrece una mejoría más sostenida frente a metilprednisolona¹³ e igual ocurre en este trabajo frente a beclometasona. La beclometasona es más utilizada por ser el corticoide del que dispone el centro de salud estudiado, frente a la triamcinolona que debe adquirirla el paciente en farmacia. Sin embargo, la triamcinolona es más adecuada en articulaciones grandes y su diferente liposolubilidad favorece un efecto más prolongado, aunque a costa de mayor presencia de atrofia subcutánea e hipopigmentación¹². Un mayor número de infiltraciones se relaciona con una peor evolución del dolor, como ocurre en otro estudio¹⁴ donde la

no respuesta a la infiltración inicial y un mayor número total de infiltraciones se relacionó con mayor necesidad de intervención quirúrgica.

Algunos autores recomiendan las infiltraciones locales tan sólo cuando ha fracasado el tratamiento conservador y sea posible localizar la zona anatómica origen del síntoma¹². La fisioterapia se relaciona con una mejoría precoz, parece ser superior a las infiltraciones de anestésicos¹⁵ pero presenta una igualdad de eficacia con las de corticoides^{16,17}, aunque logra reducir el número total de infiltraciones necesarias. Otros estudios, en cambio, encontraron que la mayor parte de los tratamientos de rehabilitación aplicados a los pacientes con síndrome del manguito de los rotadores del hombro de carácter crónico y origen inespecífico no han demostrado su valor en ensayos clínicos de calidad suficiente¹⁸. El uso de AINEs ha demostrado la reducción del dolor a corto plazo de forma similar a las infiltraciones de corticoides, pero de igual forma hay escasa evidencias sobre la mejora funcional del hombro a largo plazo⁹. El ácido hialurónico y el plasma rico en plaquetas se está indicando en las últimas revisiones como una posible mejor alternativa a los corticoides¹⁹.

Se ha presentado un estudio pragmático que incluye una alta variabilidad en cuanto a la tipología de los pacientes y los diagnósticos de la patología de hombro atendida en Atención Primaria, lo que dificulta la obtención de evidencias pero facilita la inferencia poblacional en este ámbito asistencial. Hay que tener en cuenta que el sesgo de información puede ser importante, tanto en la recogida (en ocasiones incompleta) de variables de la historia clínica como en la determinación de la mejoría, más por ausencia de información clínica que por registro clínico de mejoría, algo que debería mejorarse realizando un estudio prospectivo con un mayor tamaño de muestra, con uso de escalas de dolor. También pueden existir sesgos de selección por no elegir a aquellos pacientes que no aparecen en los registros de cirugía menor, así como pérdidas en el seguimiento.

La falta de calidad y de uniformidad metodológica de los múltiples estudios sobre la eficacia de las infiltraciones de hombro, así como los resultados contradictorios, obligan a la cautela a la hora de valorar su eficacia^{4,7,9,10}. Los resultados obteni-

dos tras la infiltración de las diferentes patologías de hombro no sugieren que haya diferencias en la mejoría entre ellas ni entre los periodos de tiempo descritos³. Pese a sus limitaciones, el presente estudio aporta un punto de vista pragmático desde la consulta de Atención Primaria, demostrando eficacia analgésica al menos en la mitad de los pacientes con patología de hombro. Sería preciso investigar las variaciones debidas a las labores realizadas tanto por trabajadores como por amas de casa en el quehacer diario, ligado al incremento de la edad, al sedentarismo y la asociación de hábitos higiénico-dietéticos y tóxicos que favorecen la aparición y persistencia en el tiempo de la patología de hombro, así como la importancia de un diagnóstico inicial correcto¹².

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Martín S, Melogno-Klinkas M. El dolor crónico de hombro en las actividades instrumentales de la vida diaria. *Rehabilitación*. 2018; 52: 38-44.
2. Croft P, Pope D, Silman. The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care. *Primary Care Rheumatology Society Shoulder Study Group. BMJ*. 1996; 313: 601-2.
3. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005; 55:224-8.
4. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet*. 2010; 376: 1751-67.
5. Verdú Rotellar JM, Domínguez Tarragona M, Bernáldez Sánchez MJ, Conesa García MA, Mayorgas Mayorga C, Comas Silvente N. Infiltraciones en un equipo de Atención Primaria: tres años de experiencia. *SEMERGEN*. 2002; 28(Sup. 2):64.
6. López-Marina V, Pizarro-Romero G, Costa-Bardají N, Mata-Navarro A, Vázquez-Blanco JR. Evaluación de las infiltraciones realizadas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 544-9.
7. Del Valle Soto M, Jiménez Díaz F, Manonelles Marqueta P, Ramírez Parenteau C, Rodríguez Vicente JM, Serratos Fernández L. Consenso sobre utilización de las infiltraciones en el deporte. Documento de Consenso

- de la Sociedad Española de Medicina del Deporte. Arch Med Deporte. 2016; 33:114-25
8. Hart L. Corticosteroid and other injections in the management of tendinopathies: a review. Clin J Sport Med. 2011; 21:540-1.
9. Lin MT, Chiang CF, Wu CH, Huang YT, Tu YK, Wang TG. Comparative Effectiveness of Injection Therapies in Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review, Pairwise and Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Arch Phys Med Rehabil. 2019; 100:336-49.e15.
10. Akram M, Shah Gillani SF, Farooqi FM, Awais SM. Acromion Types and Role of Corticosteroid with Shoulder Impingement Syndrome. J Coll Physicians Surg Pak. 2016; 26: 980-3.
11. Koester MC, Dunn WR, Kuhn JE, Spindler KP. The efficacy of subacromial corticosteroid injection in the treatment of rotator cuff disease: A systematic review. J Am Acad Orthop Surg. 2007; 15:3-11.
12. Hernández González Erick Héctor, Pérez Sosa Guillermo, Mosquera Betancourt Gretel. Evaluación del tratamiento con acetónido de triamcinolona más lidocaína para el dolor musculoesquelético en ortopedia. AMC [Internet]. 2013 Oct [citado 2020 Mar 22]; 17: 558-571. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000500005&lng=es.
13. Battaglia M, Guaraldi F, Gori D, Castiello E, Arvat E, Sudanese A. Efficacy of triamcinolone acetate and methylprednisolone acetonide for intrabursal injection after ultrasound-guided percutaneous treatment in painful shoulder calcific tendonitis: a randomized controlled trial. Acta Radiol. 2017; 58:964-70.
14. Cummins CA, Sasso LM, Nicholson D. Impingement syndrome: temporal outcomes of nonoperative treatment. J Shoulder Elbow Surg. 2009; 18:172-7.
15. Bjørnholdt KT, Jensen JM, Bendtsen TF, Søballe K, Nikolajsen L. Local infiltration analgesia versus continuous interscalene brachial plexus block for shoulder replacement pain: a randomized clinical trial. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2015; 25:1245-52.
16. Hay EM, Thomas E, Paterson SM, Dziedzic K, Croft PR. A pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and physiotherapy for the treatment of new episodes of unilateral shoulder pain in primary care. Ann Rheum Dis. 2003; 62:394-9.
17. Rhon DI, Boyles RB, Cleland JA. One-year outcome of subacromial corticosteroid injection compared with manual physical therapy for the management of the unilateral shoulder impingement syndrome: a pragmatic randomized trial. Ann Intern Med. 2014; 161:161-9.
18. Serrano Aguilar P. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias SESCS Núm. 2006/15. Adecuación en la indicación de las técnicas de terapia física frente a cervicalgia, lumbalgia y hombro doloroso crónico de origen no específico. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f587b716-1f33-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2006_15.pdf [accedido 22/03/2020]
19. Chen X, Jones IA, Park C, Vangsness CT Jr. The Efficacy of Platelet-Rich Plasma on Tendon and Ligament Healing: A Systematic Review and Meta-analysis With Bias Assessment. Am J Sports Med. 2018; 46:2020-32.

ARTÍCULO ESPECIAL

Elastofibroma Dorsi: a propósito de un caso

Simão Aiex L, Florido Ávila JJ

*Médicos de Familia. CS San Miguel.
Distrito Sanitario Costa del Sol*

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 17/04/2018; aceptado para publicación el 24-10-2018
Med fam Andal. 2020; 2: 107-108

Mujer de 70 años, casada, alergia medicamentosa a diclofenaco, sin hábitos tóxicos y antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico sin tratamiento, acufenos de larga evolución y síndrome varicoso en tratamiento con ácido acetilsalicílico 100mg cada 24 horas y trimetazidina 20mg cada 8 horas. Acude a consulta de atención primaria refiriendo tumoración levemente dolorosa en región escapular derecha acompañada de crujidos a la movilización de hombro de unos cuatro meses de evolución. A la exploración física, con brazo en abducción, antepulsión y rotación interna se aprecia una tumoración elástica redondeada que parece situarse entre pared y escápula sin signos inflamatorios y no dolorosa a la palpación. Se solicita radiografía de hombro donde no se aprecian afectaciones óseas. En Ecografía se aprecia masa de aproximadamente 6,5x3cm, sólida, ecogénica con zonas hipoecogénicas no encapsulada por debajo de músculo serrato anterior derecho y posible derrama articular glenohumeral. Se solicita Resonancia Magnética Nuclear en el cual se observa tumoración de morfología lenticular, heterogénea de aproximadamente 7cm de diámetro localizada en la pared torácica por debajo de la punta de la escápula derecha justo por debajo del borde posterior del músculo serrato anterior derecho además de imagen sugestiva de derrame articular glenohumeral derecho que se colecciona en la bursa subescapular por delante de la interlinea articular anterior de la misma articulación, confirmando el diagnóstico de sos-

pecha de **Elastofibroma Dorsi derecho**. Resto de estudio sin alteraciones.

Se deriva la paciente a Cirugía Ortopédica y Traumatología y tras explicar las características benignas de la lesión y opciones terapéuticas la paciente decide operarse, por lo que, tras la firma del consentimiento informado, se le incluye en lista de espera quirúrgica y se indica tratamiento analgésico si precisa.

El Elastofibroma Dorsi es un tumor benigno hipodenso de tejidos blandos - fibroelástico, con colágeno y células grasas, poco frecuente y probablemente infradiagnosticado, de crecimiento lento, con una prevalencia de aproximadamente el 2% de la población. Es más frecuente en mujeres entre la cuarta y séptima década de la vida.

Su etiopatogenia es desconocida, pero se cree que puede haber una predisposición familiar y una de sus posibles causas es la degeneración de las fibras de colágeno local consecuencia de microtraumatismos articulares que induce hiperproliferación de fibras elásticas.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. A la exploración se palpa una lesión mal definida y difícil delimitación respecto a las estructuras vecinas no adherida a planos profundos ni a piel. Se puede desplazar y palpase mejor según la movilización de la extremidad superior.

Suele ser asintomática, poco dolorosa o con crujido escapular según la movilización del miembro superior, pudiendo llegar a impotencia funcional de la extremidad superior en los casos más graves, aunque eso es poco frecuente.

Se localiza a nivel subescapular observándose como una tumoración escapular, predominantemente derecho, aunque entre un 30-60% de los casos puede ser bilateral. El dolor puede irradiarse a hombro, lo que retrasa el diagnóstico al confundirse con lesión del manguito de rotadores o bursitis subacromial.

La confirmación del diagnóstico se hará con Ecografía, Topografía Axial Computadorizada y/o Resonancia Magnética Nuclear, siendo esta última la prueba no invasiva que presenta mayor sensibilidad y especificidad. En ecografía se observa un patrón alternante fascicular o laminar de líneas hipo e hiperecogénicas paralelas a la pared torácica, con un Doppler negativo que indica ausencia de vascularización intrínseca. En el TAC y Resonancia Magnética Nuclear hay alternancia de tejido adiposo - densidad grasa - con tejido fibroso - densidad muscular.

La biopsia y el PET-TAC se reservan para aquellos casos en los que hay duda del diagnóstico, o que presenten un patrón sospechoso, con signos de malignidad a fin de realizar un diagnóstico diferencial, el cual se hará con lipoma, liposarcoma, hemangioma, hematoma, fibromatosis, tumor desmoide, histiocitoma maligno o metástasis.

El tratamiento y diagnóstico definitivo se hará con la exéresis completa de la tumoración, sin embargo, sólo se recomienda la resección quirúrgica en los casos sintomáticos o cuando existen dudas diagnósticas a través de los hallazgos diagnósticos. El postoperatorio es rápido y con escasas morbilidades, aunque existe posibilidad de hematoma local postquirúrgico, seroma de herida quirúrgica y, si los márgenes no fueron bien resecados, posibilidad de recidivas, siendo estas poco frecuentes.

Bibliografía

1. Cavallasca JA, Sohn DI, Borgia AR, Maliandi MR, Musuruana JL. Elastofibroma dorsi: revisión de 4 casos. *Reumatol Clin*. 2012; 8(6):358-360
2. Ramos R, Ureña A, Macía I, Rivas F, Rius X, Armengol J. Fibroelastoma dorsi: un tumor infrecuente e infra-diagnosticado. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(5):262-263
3. Cerrolaza N, Alcalá- Santaella R, Ausina S, Bataller JL. Elastofibroma dorsi y tumoraciones infraescapulares. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2005;49:249-254
4. Abat F, Álvarez C, Trullols L, Peiró A, Bagué S, Gracia I. Elastofibroma dorsi: 7 años de seguimiento de 37 casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2012; 56:295-299
5. Yáñez S, Val-Bernal JF, Echevarría MA, R. Landeras R, Izquierdo J, Gallardo E. Elastofibroma dorsi: estudio retrospectivo de seis casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2008; 99:644-647

CARTAS AL DIRECTOR

La filosofía de Guillermo de Ockham en la consulta médica

Recibido el 28-01-2019; aceptado para publicación el 05-03-2020

Hace siglos los cartógrafos escribían en sus mapas "*Hic sunt dracones*" (aquí hay dragones) para referirse a los territorios todavía inexplorados o que eran considerados peligrosos. Es una ilustrativa alegoría a las fronteras del conocimiento humano, a la lucha contra lo desconocido. Todos los días los médicos tenemos que luchar en nuestras consultas contra "los dragones".

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de analizar todos los ángulos de una patología antes de dar por concluido un diagnóstico. Esta tarea no es simple ni fácil y, en ocasiones, plantea enormes dudas. Uno de los desafíos a los que nos enfrentamos es a explicar un cuadro clínico con un solo diagnóstico y no con varios, a encontrar una sola entidad clínica que permita aglutinar la constelación de síntomas.

A pesar de los avances tecnológicos y los métodos de apoyo con los que contamos en este momento, la historia clínica y el diagnóstico diferencial siguen siendo los modelos mentales insustituibles en la búsqueda de un ejercicio clínico eficiente.

El fraile franciscano Guillermo de Ockham (1280-1349) fue un lector impertérrito durante toda su vida. Nació en Inglaterra y falleció en Múnich a consecuencia de una epidemia de peste. En sus escritos encontramos textos sobre teología, lógica y medicina.

A Ockham se le considera una de las mentes más lúcidas de la Edad Media y ha pasado a la historia por el principio que lleva su nombre y que fue rebautizado en el siglo XVI como la navaja de Ockham.

Esta metáfora hace alusión a que el filósofo inglés entendía que sus ideas "afeitaban como una navaja las barbas de Platón", ya que ofrecían explicaciones mucho más simples que las aportadas por la filosofía platónica¹.

Posiblemente, el sencillo modo de vida que llevaban los franciscanos en aquella época fue lo que le hizo establecer su teoría de la simplicidad. El filósofo medieval abogaba por un principio de economía o de parsimonia, afirmando que no hay que multiplicar los entes sin necesidad ("*entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*") y hay que eliminar todo aquello que no sea evidente en la intuición o absolutamente necesario para la explicación de la realidad.

En otras palabras, si dos teorías en igualdad de condiciones tienen las mismas consecuencias, hay que anteponer la teoría más simple frente a la más compleja. De la filosofía de Guillermo de Ockham se puede extraer dos grandes ideas: en igualdad de condiciones la explicación más sencilla es la más probable y la pluralidad no se debe postular sin necesidad ("*pluralitas non est ponenda sine necessitatem*").

La verdad es que este concepto no era nuevo, ya existía en la filosofía griega. Aristóteles alentaba, siglos atrás, a que podemos asumir la superioridad, en igualdad de otras cosas, de la demostración que deriva de menos postulados.

En la práctica clínica el principio de economía que se deriva de la navaja de Ockham es un reto muy interesante, ya que en este momento la complejidad de la encrucijada diagnóstica en la que nos encontramos parece contraria a este principio filosófico. En ocasiones hay una ten-

dencia a buscar una patología para cada meandro sintomático. En su defensa hay que señalar que el principio de parsimonia entronca con el principio de unicismo –las enfermedades de cada individuo se deben a una sola causa- defendido por William Osler (1849-1919)².

La navaja de Ockham es un modelo mental que sirve para resolver problemas clínicos y es una herramienta que debemos incluir diariamente en nuestro maletín. En las aulas seguimos enseñamos a los estudiantes que si oyen cascos, piensen en caballos y no en cebras.

Es importante subrayar que, como cualquier otro modelo intelectual, la navaja de Ockham no es infalible, tiene sus fallas, y si no son detectadas a tiempo nos pueden conducir a errores diagnósticos. Al axioma anterior deberíamos añadir: cuando escuches casos piensa en caballos, no en cebras, a menos que te encuentres en la sabana africana.

Las ideas de Ockham encontraron su antagonismo en Walter Chatton (1290-1343), un filósofo contemporáneo, que defendía que si tres cosas no son suficientes para verificar una proposición afirmativa, una cuarta debe ser añadida³.

Chatton encontró sus seguidores en el campo médico, uno de ellos fue Charles Francis M Saint (1886-1973), un cirujano sudafricano, que defendía la búsqueda de más de una enfermedad para justificar los síntomas. Este galeno describió por vez primera la triada que lleva su nombre y que engloba a la hernia de hiato, litiasis biliar y diverticulosis colónica³.

El doctor John Bamrber Hickam (1914-1970) –insigne profesor de la Universidad de Duke- fue otro firme opositor al principio de la parsimonia, lo cual le llevó a afirmar a comienzos de la década de los cincuenta que: “a patient can have as many

diagnoses as he darn well pleases” (un paciente puede tener tantos diagnósticos como le dé la gana)⁴.

La belleza de la navaja de Ockham también la encontramos en otras parcelas de la ciencia. La usó, por ejemplo, Albert Einstein para explicar su teoría de la relatividad restringida y su famosa ecuación ($E=MC^2$). Su rival en la discusión sobre el continuo espacio-tiempo fue Lorenz, que introdujo la noción de éter, inexistente para la ciencia, es decir, se dejó arrastrar por los principios de Chatton.

Para finalizar, nos quedamos con una de las citas más conocidas de William Osler: “Let the patient tell you the diagnosis” (permitan que el paciente les diga el diagnóstico).

Bibliografía

1. Pecker J. The provocative razor of William of Occam. Eur Rev. 2004;12:185-90.
2. Bliss M. William Osler at 150. CMAJ. 1999;161:831-4.
3. Gargantilla P. Ockham frente a Saint. FEM. 2016;19(2):67.
4. Velagapudi P. Occam`s razor of Hickam`s dictum: a rare case of pulmonary embolism after myocardial infarction and stroke from aortic arch thrombi. An International Journal of Medicine. 2015;108(12):971.

Gargantilla Madera P, García Tobaruela A,
Belda Bilbao L

Universidad Francisco de Vitoria

Servicio de Medicina Interna,
Hospital de El Escorial (Madrid, España)

E-mail: pgargantillam@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Lesión pigmentada pruriginosa, en paciente sana

Alba Magriz M¹, Fernández Bonilla C²

¹Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Recibido el 13-02-2020; aceptado para publicación el 13-03-2020

Mujer de 48 años que acude a consulta de atención primaria por lesión pigmentada extensa y pruriginosa en la espalda de largo tiempo de evolución.

Como antecedentes personales de interés destacan reacciones alérgicas a metamizol y sulpirida e hipotiroidismo primario. Además fue intervenida del tendón extensor corto del primer dedo de la mano derecha por sección traumática del mismo. Realiza tratamiento domiciliario con levotiroxina 50mcg y con analgésicos habituales por secuelas de la cirugía reparadora del tendón.

En relación a sus antecedentes dérmicos, cabe destacar, que en su juventud presentó una exposición solar importante, sufriendo con frecuencia quemaduras solares y que porta un tatuaje a color en la región escapular izquierda de unos 10cm de diámetro.

Acude a consulta por prurito en región dorsal que se ha intensificado en las últimas dos semanas sobre una lesión pigmentada de dos años de evolución. La paciente niega modificación en el tamaño y coloración de la lesión, pero refiere intenso prurito en dicha localización. Además, presenta una lesión de nueva aparición con mismas características en antebrazo derecho.

A la exploración presenta tres placas de color grisáceo, de unos 5cm de diámetro, en región

supraescapular izquierda, paravertebral dorsal alta y en escápula derecha. Las placas tienen cierto refuerzo folicular, formando líneas, pero no infiltración. A través del dermatoscopio se aprecian pequeños puntos de pigmento de diferente tamaño, algunos de los cuales han hecho coalescencia formando pequeños grupos irregulares, muchos de ellos de aspecto geométrico y algunos más grandes que otros; se aprecia también una disposición lineal de estos acúmulos de pigmento en diversas áreas de la imagen.

Estos hallazgos nos llevan a solicitar analítica que incluye hemograma, bioquímica, determinación de autoanticuerpos y serologías de virus de hepatitis, así como el virus de inmunodeficiencia humana; resultando todos los parámetros dentro de la normalidad.

Ante la falta de diagnóstico a pesar de pruebas complementarias realizadas y persistencia de sintomatología, se realiza interconsulta telemática con Dermatología a través de la plataforma de telederma. Tras valoración de las imágenes que se aportan, indican cita presencial a sus consultas para realización de biopsia cutánea.

El resultado de la biopsia cutánea fue el siguiente: piel que incluye epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. La epidermis es fina con papilas poco relevantes. En dermis se

identifican algunos macrófagos aislados con pigmento melánico. Existe mínimo infiltrado inflamatorio crónico perivascular inespecífico. No se observan lesiones en la unión dermo-epidérmica. El tejido celular subcutáneo tampoco muestra lesiones. El estudio con técnicas histoquímicas de Rojo-Congo no muestra depósitos de material congófilo (amiloide) a ningún nivel.

Según la descripción del caso y observando las imágenes anteriores, ¿cuál es el diagnóstico

más probable en esta paciente? Señale la opción correcta.

1. Amiloidosis cutánea
2. Dermatitis cenicienta
3. Hiperpigmentación postinflamatoria
4. Acantosis nigricans
5. Liquen plano pigmentado

Dirección para correspondencia:
María Alba Magriz
E-mail: maria_6257@hotmail.com

Imagen 1



Imagen 2



PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga

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

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

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



@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

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

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

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



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

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

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

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

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

LINKS:

- [1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>
- [2] <http://esamfyc.wordpress.com/>
- [3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>
- [4] <http://Www.samfyc.es>
- [5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

· **4^{as} Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**

Huelva, 2021

<https://residentesy tutoressamfyc.com/>

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

· **5^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC**<http://www.jornadasecografiasamfyc.com/>

Secretaría técnica: ACM

Apdo. de Correos 536, Granada

andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com

Telf. / Fax. 958 523 299

· **28 Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**<http://www.congresosamfyc.com/>

Secretaría técnica: ACM

Apdo. de Correos 536, Granada

andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com

Telf. / Fax. 958 523 299

Agenda semFYC

<https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/>*Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC*congresos@semfyc.esCarrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13. 08002 Barcelona

Telf. 93 317 71 29 / Fax 93 318 69 02

Formación semFYC

<https://www.semfyc.es/formacion-semfyc/>

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 21, Núm. 2)
(Med fam Andal 2020; 21: 111-112)

Respuestas razonadas

Lesión pigmentada pruriginosa,
en paciente sana

Recibido el 13-02-2020; aceptado para publicación el 13-03-2020

Alba Magriz M¹, Fernández Bonilla C²

¹Residente de 3º año de Medicina Familiar y
Comunitaria. CS Don Paulino García Donas.
Alcalá de Guadaira (Sevilla)

²Médico Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García
Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

1. Amiloidosis cutánea (FALSA): ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾ La amiloidosis se caracteriza por el depósito extracelular de fibrillas compuestas por fragmentos de proteína amiloide sérica, un reactante de fase aguda. Puede ser secundaria a un gran número de enfermedades inflamatorias crónicas (enfermedades reumatológicas o enfermedad inflamatoria intestinal), infecciones crónicas y neoplasias. El depósito de amiloide en la piel y tejido subcutáneo se ha descrito en 40% de las amiloidosis sistémicas.

El hallazgo más frecuente son lesiones purpúricas como petequias y equimosis. Las lesiones púrpuras se pueden manifestar de manera espontánea o bien después de un traumatismo, siendo la localización más frecuente la región superior del tronco, cuello y rostro, especialmente en la zona periorcular. Otras lesiones frecuentes corresponden a nódulos o pápulas de consistencia gomosa.

En la lengua, la infiltración difusa puede generar macroglosia en el 20% de los casos. Aunque el compromiso ungueal es infrecuente y se puede manifestar como fragilidad, onicólisis, engrosamiento subungueal, estrías y paroniquia.

El diagnóstico requiere la demostración histológica del depósito de tejido amiloide en el tejido afectado, y respecto al tratamiento, hasta el momento no se ha encontrado un tratamiento ideal con el cual se disminuyan o eliminen tanto el prurito como la hiperpigmentación y se destruya el amiloide en la dermis.

2. Dermatitis cenicienta (CORRECTA): ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ La dermatitis cenicienta es una hipermelanosis idiopática, adquirida, generalizada, macular, azul grisáceo ceniciento y de etiología desconocida que aparece en individuos sanos.

Afecta principalmente a individuos de piel oscura (fototipo IV), de ambos sexos, con preferencia por las mujeres, el rango de edad es amplio siendo más común en adultos entre la segunda y tercera década de la vida.

Clínicamente se presenta como una enfermedad asintomática, de importancia estética principalmente, aunque gran parte de los pacientes refieren prurito. Afecta comúnmente a tronco, brazos, cuello y cara, sin preferencia por áreas expuestas.

Las lesiones respetan las palmas, plantas, uñas, mucosas y cuero cabelludo. En ocasiones existe tendencia a la distribución simétrica, particularmente en las localizadas en cara y cuello; se caracteriza por manchas azul grisáceas, que varían desde 0.5 a varios centímetros, y en su etapa activa se acompañan de bordes eritematosos de 1 a 2 mm de grosor; los cuales desaparecen después de algunos meses. El diagnóstico definitivo de esta enfermedad es un diagnóstico de exclusión.

Las opciones terapéuticas son muchas, pero pocas han resultado efectivas, se han utilizado corticoides tópicos, fosfatos de cloroquina, griseofulvina, protectores solares, hidroquinona 5-15%, exfoliación química (peelings) y queratolíticos. El tratamiento más eficaz es la clofazimina, que es una amina derivada de fenazinas, que se

acumula en las grasas y colorea la piel de manera uniforme.

3. Hiperpigmentación postinflamatoria (FALSA): ⁽⁶⁾ La hiperpigmentación postinflamatoria (HPI) se manifiesta como máculas marrones o negras en la misma localización que el proceso inflamatorio inicial.

Esta condición se presenta en cualquier área del cuerpo, incluso en la boca, genitales y uñas. Puede empeorar con la exposición solar o con la inflamación persistente o recurrente; adquiriendo un carácter permanente o tardando semanas o años en resolverse según la causa inicial, el fototipo de la piel y si se utilizan tratamientos médicos para acelerar la recuperación.

Es un mecanismo básico biológico de la piel en respuesta a factores como afecciones cutáneas inflamatorias (eczema, acné o psoriasis), traumatismos, reacciones alérgicas, toxicidad medicamentosa o exposición a productos químicos. Son pocas las ocasiones en las que no se consigue identificar ningún agente causal.

En algunos casos raros, se puede precisar de biopsia cutánea para distinguir esta condición de otras condiciones cutáneas que pueden tener una apariencia similar.

Entre los tratamientos, la fotoprotección es fundamental para evitar aumentar el oscurecimiento de la piel. El tratamiento con láser y las terapias intensas de luz pulsada se indican en ocasiones como tratamiento de la pigmentación, al igual que las cremas blanqueadoras, aunque existe una creciente preocupación sobre su seguridad. Las cremas de cortisona deben utilizarse con limitación ya que su uso prolongado adelgaza la piel. Todos los tratamientos indicados anteriormente deben ser usados con precaución para evitar irritación adicional y como consecuencia exacerbación de la hiperpigmentación.

4. Acanthosis nigricans (FALSA): ⁽⁷⁾ Clínicamente se caracteriza por hiperpigmentación y engrosamiento cutáneo de aspecto aterciopelado de la piel, principalmente en cuello y axilas. Su presencia se ha propuesto como marcador de hiperinsulinismo e insulinoresistencia. Sin embargo, no

siempre expresa un trastorno metabólico, pues puede estar presente en otras afecciones, como son, los procesos malignos.

Si se conoce la causa desencadenante, ésta se puede tratar para disipar los cambios de coloración de la piel, por ejemplo, bajar de peso en caso de obesidad, suspender ciertos medicamentos o suplementos (como niacina, píldoras anticonceptivas, prednisona y otros corticoesteroides), y cirugía si es posible en los casos de que la causa sea neoplásica. Otro tratamiento concomitante desde el punto de vista estético es el uso de cremas con ciertos componentes (como el ácido azelaico o el ácido glicólico, en combinación con vitamina C) que ayuden a aclarar las zonas afectadas, así como terapia láser para disminuir el espesor de la piel.

5. Liquen plano pigmentado (FALSA): ⁽⁸⁾ Es una variante poco frecuente de liquen plano que se caracteriza por máculas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas de color marrón oscuro en áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión. Se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida con discreto predominio en el sexo femenino. Inicialmente las lesiones son pequeñas maculas ovaladas con bordes bien definidos, pudiendo llegar a confluir en manchas extensas pigmentadas. Aunque la distribución es variable, la cara y el cuello son las áreas más frecuentemente afectados al inicio del cuadro. Dichas lesiones generalmente son asintomáticas, aunque el prurito leve y la sensación de quemazón están presentes en la tercera parte de los pacientes.

La etiología es desconocida, aunque parece estar mediado por mecanismos inmunológicos al igual que el liquen plano. Una de las asociaciones más importantes es la relación con la infección por el virus de la hepatitis C así como la vacunación contra la hepatitis B. Existen casos en los que el liquen plano pigmentado se asocia a diversas neoplasias y se resuelve espontáneamente después del tratamiento de las mismas.

Los hallazgos histopatológicos consisten en hiperqueratosis, epidermis atrófica con alteración vacuolar de la capa de células basales, infiltrado linfocitocitario liquenoide en la dermis con incontinencia pigmentaria y la presencia de melanófagos.

El pilar fundamental para el tratamiento son los corticoides, no siendo el único tipo de medicación a la cual responde; Pero se reserva la ciclosporina como tratamiento sistémico para casos graves.

Bibliografía

1. Mendoza Plata N, Ruiz AC, Pinto LF, Vásquez Ochoa LA, Arredondo Ossa MI. Manifestaciones cutáneas de amiloidosis sistémica en tres pacientes. Medicina U.P.B. 2013; 32(2): p. 178-182.
2. Fich F, Chahuán M, Farías MM, Cárdenas C, Abarzúa Á, Araya G, et al. AA amyloidosis with cutaneous manifestations. Report of one case. Revista Médica de Chile. 2012; 140(4): p. 499-502.
3. Miranda Gómez A, Frías Ancona G, Hierro Orozco S. Amiloidosis cutánea y su tratamiento. Dermatología CMQ. 2008; 6(1): p. 29-34.
4. López Bárcenas A, Contreras Ruiz J, Carrillo Correa M, Hojyo Tomoka MT, Arenas R, Domínguez Soto L, et al. Dermatitis cenicienta (Eritema discrómico perstans). Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana. 2005; 33(3): p. 97-102.
5. Umaña Brenes A, Hernández Vargas A. Dermatitis cenicienta. Medicina Legal de Costa Rica. 2016; 33(1): p. 170-174.
6. Callender V, Surin-Lord S, Davis E, Maclin M. Postinflammatory Hyperpigmentation: Etiologic and Therapeutic considerations. American Journal of Clinical Dermatology. 2011; 12(2): p. 87-99.
7. Rivero González M, Cabrera Panizo R, Luiz Álvarez MdC, Pantoja Pereda O. Alteraciones metabólicas en pacientes obesos y su asociación con la acantosis nigricans. Revista Cubana de Pediatría. 2012; 84(1): p. 1-10.
8. Sánchez Saldaña L, Cabanillas Becerra J. Liquen plano pigmentoso. Dermatología Perú. 2010; 20(1): p. 194-197.

Dirección para correspondencia:
María Alba Magriz
E-mail: maria_6257@hotmail.com

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cincuenta y seis los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Remitir por:

a) Correo:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

b) Fax: 958 804202.

c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

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



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

☐ ALTA (Nuevo socio) ☐ Actualizar datos ☐ BAJA Fecha / /

Evento:.....

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:**+ LETRA

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **C.P.:**

PROVINCIA: **TELEFONOS:**

E-MAIL:

ESPECIALISTA MFyC: SI ☐ NO ☐ (Si negativo, indicar especialidad).....

RESIDENTE MFyC: SI ☐ NO ☐ **FECHA INICIO RESIDENCIA**/...../.....

UNIDAD DOCENTE de referencia

DOCTORADO: SI ☐ NO ☐ **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCION: **PROVINCIA:**

CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFyC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD:..... **IBAN:** (hay que rellenar todas las casillas)

E S

BIC:

Lugar y Fecha:

Firma:.....

Sociedad Andaluza de Mediación Familiar y Comunitaria (SAMFyC) con NIF: G41156498 es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado/a y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: **Finalidades del tratamiento y plazos de conservación de los datos:** gestionar y tramitar el alta como socio para poder mantenerle informado sobre cursos, congresos, publicaciones, jornadas relacionadas con el ámbito de la medicina de familia. El hecho de darse de alta en SAMFyC implica automáticamente el alta como socio en www.semfyces.com como federación (puede consultar [aquí](http://www.semfyces.com) el listado de sociedades federadas y sus sitios web) así como a la Fundación SAMFyC para el envío de la revista. Sus datos personales serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento o por la existencia de una obligación legal, y cuando ya no sean necesarios, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. **Legitimación del tratamiento:** el tratamiento de los datos del interesado para llevar a cabo la prestación de los servicios está basado en el contrato de inscripción. **Comunicación de los datos:** no se cederán a ningún tercero, salvo a la semFYC y Fundación SAMFyC para los fines anteriormente descritos. **Derechos que asisten al Interesado:** derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos de contacto para ejercer sus derechos:** Calle Arriola 4, bajo D, 18001 Granada o al email: samfyc@samfyc.es

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

.....
Sevilla
.....

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

acm andaluza de
congresos médicos

Apertado de Correos 536. 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andaluzcongresosmedicos.com | info@andaluzcongresosmedicos.com

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



Valencia
2020

Avanzando
hacia la Atención
Primaria que
queremos



**Congreso
de la semFyc**

del 15 de septiembre al 6 de octubre de 2020



Societat Valenciana de Medicina
Familiar i Comunitària


semFyc
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



www.congresodelasemfyc.com