



a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia

Editorial:

Tempos de crise, tempos de cambio

Times of Crisis, Times of Change

JESÚS SUEIRO JUSTEL

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):1

Originales:

**¿LA FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR
BREVE PUEDE CONTRIBUIR A UNA
PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS MÁS
EFICIENTE?**

*CAN TRAINING ON SHORT FAMILY THERAPY
CAN CONTRIBUTE TO A MORE EFFICIENT
PSYCHOPHARMACOLOGY PRESCRIPTION?*

Cerecedo Pérez, M^a Jesús; Tovar Bobo, Margarita;
Pérez Fernandez, Adolfo; Muñiz Fontaiña, Severino;
Rodríguez-Arias Palomo, José Luís; Combarro Mato,
Jesus

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):2

**DISFUNCION TIROIDEA EN GESTANTES.
VALORES DE REFERENCIA DE TSH EN LA
POBLACIÓN DE PONTEVEDRA.**

*THYROID DYSFUNCTION IN PREGNANT. TSH
REFERENCE VALUES IN THE POPULATION OF
PONTEVEDRA.*

Manuel Castro Pazos; Andrea Rey Veiga ; Laura Vidal
Blanco ; Marta Ayude Pumar; Luis Fransi Galiana

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):13

**MANEJO DE LOS INHALADORES Y
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE A CORUÑA**

*MANAGEMENT OF INHALERS AND ADHESION
TO TREATMENT IN PATIENTS OF THE
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA*

Barros Mosquera B, Miguélez Vázquez B, Souto
Sanmartín M^a, Lodeiro Dans L, Sánchez Muñoz Y.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):20

Actualización:

Eficacia y seguridad de los inhibidores

SGLT-2

Efficacy and Safety of SGLT-2 Inhibitors

Francisco Javier García Soidán

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):29

Para saber de:

**DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT. LA
SITUACIÓN REAL**

*STEINERT MYOTONIC DYSTROPHY. THE REAL
SITUATION*

Helena Alonso Valencia, Julia Bóveda Fontán

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):32

NUEVAS TECNOLOGÍAS:

Nomofobia ¿Qué es?

Nomophobia What is it?

Víctor Julio Quesada Varela, Inmaculada Concepción
Carballo Pintos

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):37

CASOS CLÍNICOS:

**TAQUICARDIAS DE QRS ESTRECHO:
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR
PAROXISTICA (TSVP): PRESENTACION DE
UN CASO**

*NARROW QRS TACHYCARDS:
SUPRAVENTRICULAR PAROXISTIC TACHYCARDY
(TSVP): PRESENTATION OF A CASE*

Jurjo Costa, A. Jurjo Sieira, MJ. Pardo Medín, S., Jurjo
Sieira, A.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):40

Manchas café con leche.

Cafe Au Lait Spots

Crespo Vázquez, MF. Rodríguez Pérez, Ana Isabel.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):44

TRAUMATISMO FACIAL DE REPETICIÓN

REPEAT FACIAL TRAUMATISM

Rodríguez Pérez, Al. Crespo Vázquez, MF. Merayo Rodríguez, H.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):49

HUMANIDADES:

Médicos gallegos Ilustres II. El General

Gómez Ulla: Cirujano total.

Illustrious Galician doctors II. General Gómez Ulla: Total Surgeon.

Fernando J. Ponte Hernando, Sara Mosquera Pedreiro, Ramón M^º Orza Muñiz.

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):52

Cartas al director:

MALAS NOTICIAS

BAD NEWS

Olalla López Grandal

Cad Aten Primaria 2017; 23 (1):62



Coordinador de este numero

Víctor Julio Quesada Varela

COMITÉ EDITORIAL

- Jesús Sueiro Justel
- Andrés Manuel Martínez González
- Susana Aldecoa Landesa
- Diego Terceiro López
- Fernando Souto Mata
- Rosana Izquierdo Fernández
- Pilar Gayoso Diz
- Noelia Chaves Serantes
- Portal González Lorenzo
- Víctor Julio Quesada Varela

Revista editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA
FAMILIAR E COMUNITARIA

<https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/>

e-mail: secretaria@agamfec.com

web: www.agamfec.com

Normas de Publicación:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

Dep. Legal: C-1072/94 I.S.S.N.: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de Sanidade como Soporte Válido 94032R

I.S.S.N. (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde

Acceso: Gratuito

Mención específica de dereitos: Non

URL intruccións autores:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

¿Permite o auto-arquivo? Sí

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

Diseño y maquetación:

Víctor Julio Quesada Varela

*Versión auto-arquivo: Post-print
(versión editorial)*

*¿Cando? Inmediatamente despois da
publicación*

*¿Onde? Web persoal, Repositorio
Institucional, Repositorio temático*

AGAMFEC

estrea nova web

AGAMFEC
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

O PRIMEIRO: NON FACER DANO
XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA
14-15 NOVEMBRO · HOTEL TALASO LOUXO LA TOXA · ILLA DE A TOXA · PONTEVEDRA

15 ARTIGOS PARA LER

QUE É AGAMFEC? · ACTIVIDADES FORMATIVAS · ÁREA DE SOCIOS · PUBLICACIÓNS · CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS App de Agamfec - fai 1 día

AGAMFEC-SEMFYC

PACAP

XVI PREMIO SEMFYC
Agamfec - 2 Agosto 2014

Convocatoria XVI premios semFYC PACAP

App de Agamfec
Únete o noso grupo en Facebook
4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar e Comunitaria

Convocatoria premios semFYC
Expansión África

Asóciate a AGAMFEC
Actividades
Foros
Revista CADERNOS

Tódolos eventos/actividades

Atopar actividades/eventos

Datos: 26 Setembro, 2014
26/09/2014 - 27/09/2014
Tódala xornada

Evento: CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIO-TRAUMATOLÓXICO HOSPITAL MONTECELO (PONTEVEDRA), Pontevedra Pontevedra

14 Novembro, 2014
14/11/2014 - 15/11/2014

Volume 19

CADERNOS
Volume 19 nº 1
Volume 19 nº 2
Volume 19 nº 3
Volume 19 nº 4

O Grove Pontevedra

Grupos de traballo
Os grupos de traballo de Agamfec, son xunto coas vocacións, a alma da nosa sociedade. Son os seus membros os que fan a investigación, o ensino, e toman o pulso ás novas demandas dos cidadáns e da nosa profesión, e buscan estratexias para actualizar coñecementos e habilidades para manterse ó día e continuar a servir a poboación. Formar parte dun grupo de traballo permíteche poñer en común experiencias con outros profesionais de varios temas. Esta variedade non para de crecer ante os novos problemas de saúde e á luz de novos estilos de vida. Se vostede está interesado en participar nun grupo de traballo so ten que enviar un correo electrónico o coordinador do mesmo. Se o que quere é crear un novo grupo, póñase en contacto co coordinador de grupos (grupos@agamfec.com), non esqueza ler as normas dos grupos de traballo.

📄 **Descargar as normas de funcionamento dos Grupos de Traballo**

Responsable dos grupos de traballo:
Rosana Izquierdo Fernández, Médico de familia, Centro de saúde de Coruxo, Vigo

- Grupo de traballo de Enfermidades respiratorias e abordaxe ao tabaquismo
- Actividade física e saúde
- Alcoholismo
- Alimentación e nutrición
- Atención á muller
- Cirurxía menor, dermatoloxía e vendaxes funcionais

máis actualidade · máis información · máis participación



www.agamfec.com

Editorial: Tempos de crise, tempos de cambio

Times of Crisis, Times of Change

AUTOR: JESÚS SUEIRO JUSTEL

Como en tantas outras veces na historia, atopámonos nunha etapa de ambigüedades e cruce de camiños. escoitamos discursos oficiais, novas felices e realidades crudas, situacións persoais e profesionais que nos prenden as alarmas. Xa pasou a crise, a economía está en niveis da bonanza, mais non temos noticia dela nos nosos petos, nin na mellora de situación laboral dos nosos compañeiros mais novos. Noso PIB medra, mais o investimento en sanidade, e en AP especificamente, non levanta cabeza.

A situación de perda de relevanza da AP manifestase pola deserción nos residentes e a desmoralización e desmotivación dos profesionais, pero o mesmo tempo xurden movementos de protesta e reivindicación. Eiquí en Galiza, dende Vigo as sociedades científicas e colexios médicos; en Cataluña, Andalucía, etc comenzan a vislumbrarse pingas de rebeldía ante a situación de abandono e perda de autoestima.

Lembrando a R. Smith, ex director da revista BMJ, cando manifestaba a súa antipatía polos médicos de AP e consideraba a especialidade de MF como a masi plañidera de todas, remataba cunha proposta: “Propoño unha moratoria nos prantos e

pola contra un festival de ideas para reinventar a medicina xeral”.

Non lle falta razón nese argumento: estamos fartos de afirmar da falta de adecuación do sistema sanitario, pensado para a patoloxía aguda, o novo paradigma da atención os doentes crónicos, mais tamén temos que liderar unha revolución na AP na que reivindicamos noso rol de microxestores, mesmo de clínicos para coordinar equipos en verdade multidisciplinares adicándonos a actividades de valor en resultados de saúde, rexeitando burocracias, actividades fútiles programas e servizos sen evidencia científica, impregnando todo o noso traballo de sensatez, de expectativas realistas para os nosos doentes e dando resposta as verdadeiras cuestións que a eles lles importan: A súa calidade de vida e o arraigo persoal, familiar, laboral e social. Nestos tempos de disyuntivas e o momento de xunquir esforzos e estratexias de tódolos médicos de familia, máis tamén de tódolos profesionais da AP cara ese noble obxectivo.

Original: ¿LA FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR BREVE PUEDE CONTRIBUIR A UNA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS MÁS EFICIENTE?

CAN TRAINING ON SHORT FAMILY THERAPY CAN CONTRIBUTE TO A MORE EFFICIENT PSYCHOPHARMACOLOGY PRESCRIPTION?

AUTORES: Cerecedo Pérez, M^a Jesús. Médico de Familia. Centro de Saúde Matogrande (A Coruña). Servicio Galego de Saúde.

Tovar Bobo, Margarita. Médico de Familia. Centro de Saúde Culleredo (A Coruña). Servicio Galego de Saude.

Pérez Fernandez , Adolfo. Médico de Familia. Centro de Pontedeume (A Coruña). Servicio Galego de Saúde.

Muñiz Fontaiña, Severino Manuel. Médico de Familia. Centro de Saúde Aguiño (Santiago de Compostela). Servicio Galego de Saude.

Rodriguez-Arias Palomo, José Luís. Doctor en Psicología. Hospital marítimo de Oza. Sevicio Galego de Saude. A Coruña.

Combarro Mato, Jesus. Médico de Familia. Centro de Saúde Culleredo (A Coruña). Servicio Galego de Saude.

Correspondencia:

M^a Jesús Cerecedo Pérez, maria.jesus.cerecedo.perez@sergas.es

RESUMEN

Objetivo: Comprobar si la formación en TFB a profesionales de AP ayuda a disminuir la prescripción de psicofármacos.

Diseño: Estudio de investigación experimental controlado y aleatorizado.

Participantes: La población de estudio son los médicos de Familia de la provincia de A Coruña (n=754), tras muestreo aleatorio simple, se obtienen 72 sujetos repartidos aleatoriamente al grupo experimental y control.

Intervención: Al grupo experimental se le imparte un curso de formación en TFB de 20 horas seguido de 10 talleres de supervisión de 2 horas durante un año.

Mediciones principales: Los datos de prescripción son aportados por la Subdirección Xeral de Farmacia del Servizo Galego de Saúde, desglosados por sustancia activa.

Se verifican las hipótesis con el SPSS statistics 21 mediante la prueba t-student para la significación de Diferencia de Medias.

Resultados: La prescripción farmacológica aumenta durante el periodo observado en los dos grupos, sin embargo, hay diferencias en dicho incremento: en el grupo experimental aumenta la prescripción de antidepresivos y se mantiene constante la de hipnóticos, ansiolíticos y antipsicóticos; en el control aumenta la prescripción en los cuatro grupos farmacológicos y la de antidepresivos aumenta más que en el experimental.

Existe una tendencia a que el grupo control aumente más la prescripción farmacológica que el experimental en todos los grupos de psicofármacos analizados.

Conclusiones: Parece posible disminuir la prescripción, y consecuentemente el gasto, con adecuada formación de los médicos de familia en psicoterapias como la TFB.

Palabras clave: Prescripción, psicofármacos, terapia familiar breve.

Abstract

Objective: Check if the training in SHORT FAMILY THERAPY to Primary Care professionals helps to decrease the prescription of psychotropic drugs.

Design: Controlled and randomized experimental research study.

Participants: The study population is Family doctors in the province of A Coruña (n = 754), after simple random sampling, we obtained 72 subjects randomly assigned to the experimental and control group.

Intervention: The experimental group is given a training course in SHORT FAMILY THERAPY of 20 hours followed by 10 supervision workshops of 2 hours during one year.

Main measurements: Prescription data are provided by the Subdirector General of Pharmacy of the Galician Health Service, broken down by active substance.

The hypotheses are verified with the SPSS statistics 21 using the t-student test for significance of Mean Difference.

Results: The pharmacological prescription increases during the period observed in the two groups; however, there are differences in this increase: in the experimental group, the prescription of antidepressants increases and the hypnotic, anxiolytic and antipsychotic drugs remain constant; In the control increases the prescription in the four pharmacological groups and the one of antidepressivos increases more than in the experimental one.

There is a tendency for the control group to increase the pharmacological prescription more than the experimental one in all groups of psychoactive drugs analyzed.

CONCLUSIONS: It seems possible to decrease prescription, and consequently expenditure, with adequate training of family physicians in psychotherapies such as SHORT FAMILY THERAPY.

Key words: Prescription, psychopharmaceuticals, brief family therapy.

FUENTE DE FINANCIACION DEL TRABAJO

Proyecto de investigación financiado a través de una beca de investigación de la Xunta de Galicia con el título: ¿ES POSIBLE GESTIONAR MEJOR LOS RECURSOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA? UN ESTUDIO EXPERIMENTAL CONTROLADO Y ALEATORIZADO PARA COMPROBAR EL EFECTO DE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN TERAPIA FAMILIAR BREVE (T.F.B.) SOBRE EL GASTO SANITARIO DE LA CONSULTA DE A.P

CONFLICTO DE INTERESES

De forma explícita, los autores aceptan el contenido de la versión que se remite y declaran la no existencia de conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos, culturales han propiciado que el médico de familia aborde cada día en su consulta más problemas de salud y desarrolle más programas asistenciales (cirugía menor, infiltraciones, citologías, ecografías)

incrementando la complejidad de su cartera de servicios.

Prescribir fármacos es el recurso más utilizado para hacer frente a los problemas de salud y es la actividad que el profesional realiza con más frecuencia; son muchos los factores involucrados en el constante incremento del gasto farmacéutico¹. España se sitúa en segundo lugar tras EEUU en consumo de fármacos². En el año 2009, se prescribieron 958 millones de recetas que supusieron un gasto 14.000 millones de euros³. Aunque en el año 2010, el gasto medio por receta experimentó una reducción, el número de recetas facturadas ha seguido aumentando⁴. La casi totalidad de estas recetas fueron prescritas en las consultas de atención primaria (AP) aunque una parte nada despreciable de ellas son inducidas por la medicina hospitalaria⁵.

La Terapia Familiar Breve (TFB) se ofrece como una forma de abordar los problemas emocionales y relacionales, por tanto, no biológicos, basada en las escuelas de terapia familiar del M.R.I. de Palo Alto y del B.T.F.C de Milwaukee⁶.

Este proyecto de investigación se propone demostrar que la formación en TFB, disminuye la prescripción de psicofármacos, facilitando una gestión más eficiente de la consulta del médico de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Mediante un estudio experimental controlado y aleatorizado, se pretende comprobar que la formación en TFB ayuda a disminuir la prescripción de psicofármacos en la consulta de AP (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos)^{7,8,9}.

Población

La población del estudio son los médicos de AP de la provincia de A Coruña (754). De éstos se excluyen los que no tienen plaza en propiedad, quedando 623 seleccionables. Mediante muestreo aleatorio simple se extraen 146 sujetos, de los cuales se excluyen 17 -por no poder completar el estudio por diversos motivos, como jubilarse en un periodo inferior a tres años, estar en situación de ILT de larga duración, o no desarrollar actividad asistencial-. Otros 59 rechazan participar en el estudio. Tras obtener su consentimiento, los 72 sujetos restantes se reparten de manera aleatoria a grupo experimental (36) o control (36). Poco antes del inicio del estudio, en el grupo experimental hay una pérdida de 6 sujetos (4 por no ser posible realizar su seguimiento durante el tiempo previsto y 2 por no poder acudir al curso, pasando estos últimos al grupo control). Finalmente el grupo control queda formado por 38 sujetos y el experimental por 30.

Procedimiento.

Al grupo experimental se le imparte un curso de formación en TFB de 20 horas durante cinco semanas, seguido de 10 talleres de supervisión de 2 horas, de periodicidad mensual y en grupos de 5-6 personas. Se excluyó del estudio a los que participaron en menos de un 80% de las horas de formación (6 sujetos).

Se recogen los datos de prescripción del grupo experimental y control de los 12 meses anteriores, los meses de formación y los 12 meses posteriores. Los datos sobre la prescripción farmacológica se recogen de las tablas oficiales elaboradas por la Subdirección Xeral de Farmacia del Servizo Galego de Saúde, desglosada por sustancia activa. Los datos proporcionados en forma de número de envases se transforman en Dosis Diarias Definidas (DDD)¹⁰, definiéndola como la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento para su indicación principal, por una vía de administración determinada y expresada en cantidades (g/mg) de principio activo.

Variables.

La variable independiente es la formación en T.F.B. La variable dependiente es la prescripción farmacológica medida en DDD de psicofármacos, desglosados en ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos. Como variables mediadoras se consideran la edad, composición del cupo y frecuentación. Como se mantienen constantes a lo largo del estudio, no se tienen en cuenta para realizar el cálculo.

Análisis de datos:

Con el paquete estadístico SPSS statistics 21 se verifican las hipótesis mediante la prueba t-student para la significación de Diferencia de Medias.

Se plantean dos comparaciones:

1.- Medidas antes y después: t-student para muestras relacionadas, entre las medidas los 12 meses anteriores al curso, durante el año del curso y los 12 meses posteriores.

2.- Comparación entre grupo experimental y control en las variables dependientes mediante t-student para muestras independientes.

RESULTADOS

Entre enero 2008 y mayo 2011 los cupos se mantienen constantes; en términos absolutos pasan de una media de 1541 a

1469 pacientes, la media de pacientes mayores de 65 años se mantiene, el Índice de Rosset pasa de 5,4 a 4,7 y el Índice de dependencia senil de 0,28 a 0,31. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. La frecuentación pasa de una media de 788 pacientes/mes/cupo en enero de 2009 a 702 en marzo de 2011, lo que significa un cambio en el índice de frecuentación de 0,52 a 0,48 y una disminución media de 8 pacientes/mes que tampoco resulta estadísticamente significativa, ni clínicamente relevante.

1) Diferencia de medias en la prescripción de medicamentos antes y después del programa de intervención en el grupo control y experimental.

La tabla 1 se refleja las diferencias de medias en la prescripción entre el año anterior y posterior a la intervención, analizadas mediante la prueba t-student para muestras relacionadas. Las medias anuales de DDDs de los distintos grupos de psicofármacos analizados se recogen en la tabla 2 y figuras 1 y 2.

Se puede afirmar que la prescripción farmacológica aumenta durante el periodo observado en los dos grupos, sin embargo, hay diferencias en dicho incremento: en el grupo experimental aumenta la prescripción de antidepresivos y se mantiene constante -sin diferencias estadísticamente significativas- la de hipnóticos, ansiolíticos y antipsicóticos; mientras que en el control aumenta la prescripción en los cuatro grupos farmacológicos y la de antidepresivos aumenta más que en el grupo experimental.

El incremento de hipnóticos en el grupo experimental es del 14% ($p=.059$) y en el control de 18,4% ($p<.000$); los médicos del grupo experimental prescriben un 5,5% ($p=.209$) más de ansiolíticos y los del control un 7% ($p=.029$); los antipsicóticos se prescriben un 11,6% ($p=.191$) más en el grupo experimental y un 20,5% ($p=.001$) más en el control. En estos tres grupos de fármacos el aumento de la prescripción no es estadísticamente significativo en el grupo

experimental y sí en el control. Por último, los antidepresivos se prescriben significativamente más en ambos grupos: en el grupo experimental un 13,8% ($p=.001$) y un 17,9% ($p<.000$) en el control.

Como intervención se realizó durante un año completo, también se recoge información de la prescripción durante ese período. La media de DDD de hipnóticos prescritos en ese periodo aumenta en el grupo experimental un 7.5% con respecto al año anterior a la implementación del programa y un 12.2% en el grupo control. Los ansiolíticos prescritos por el grupo experimental y por el control aumentan un 4% respecto al año anterior. Los antidepresivos aumentan un 6.8% en el grupo experimental y un 7.9% en el control. La prescripción de antipsicóticos aumenta un 4.9% en el grupo experimental y un 9.3% en el control. Como se observa hay una tendencia a que aumente más la prescripción en el grupo control que en el experimental. Las diferencias son cuantitativamente pequeñas, pero consistentes.

2) Diferencia de medias en la prescripción de medicamentos antes, durante y después de la intervención entre el grupo experimental y control.

La comparación de medias de DDDs prescritas entre grupo experimental y control se recogen en la tabla 3.

No se observan diferencias significativas entre ambos grupos en el año anterior, ni en el año en que se desarrolló la formación, ni en el posterior para el grupo de ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos. Si bien ninguna diferencia resulta estadísticamente significativa se mantiene la tendencia al aumento de la prescripción siendo mayor en el grupo control que en el experimental. Así, en el caso de los antidepresivos durante el año anterior a la formación se prescribe una media de 954 DDDs más en el grupo experimental que en el control, durante la formación la diferencia baja a 582 DDDs y en el año posterior la diferencia se invierte y el grupo control prescribe 442 DDDs más

que el experimental. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de DDDs de hipnóticos que prescribe el grupo experimental frente al control, tanto durante la fase previa a la formación ($p=.028$) durante la misma ($p=.015$) y en el año posterior ($p=.017$) con una mayor prescripción en el grupo control (tabla 1). La prescripción de hipnóticos siempre es mayor en el grupo control y se va haciendo progresivamente más amplia.

DISCUSIÓN

A partir de estos resultados se puede afirmar que los médicos de AP que reciben formación en TFB no disminuyen de manera estadísticamente significativa la prescripción de psicofármacos, aunque si se observa una tendencia a que el grupo control aumente más la prescripción farmacológica que el experimental en todos los grupos de psicofármacos analizados.

Cuantitativamente la mayor diferencia se observa en el grupo de fármacos hipnóticos (tabla 3), lo que puede explicarse porque el manejo del insomnio se trata desde la TFB con pautas sencillas y fue uno de los temas más tratado en los talleres.

También resulta llamativo el incremento en la prescripción de antipsicóticos. Esta tendencia puede deberse, en parte, al creciente empleo de estos fármacos para el tratamiento del insomnio y la agitación nocturna en pacientes con demencia.

Cabe destacar que este estudio se realizó en plena recesión económica, lo que implica un impacto negativo sobre la salud mental de la población debido a múltiples causas entre las que el desempleo constituye uno de los principales factores de riesgo¹¹. Si bien la crisis afecta a casi toda Europa, España forma parte del conjunto de países con peores consecuencias, debido a que el debilitamiento de su actividad económica, la destrucción de empleo y el deterioro de las finanzas públicas fue más intenso que en otras economías¹². En esta situación se hace difícil que los médicos reduzcan la prescripción; objetivo de este trabajo.

Además, la dificultad para acceder a tratamientos psicoterapéuticos de demostrada eficacia y con plena indicación en procesos como la depresión de leve a moderada, deja a los antidepresivos como opción terapéutica principal lo que supone un incremento del gasto muy elevado¹³.

La TFB entiende que muchos problemas de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio...) pueden entenderse y tratarse de una manera más eficaz desde una perspectiva relacional. Durante la formación se reiteró que si un problema de salud -depresión, por ejemplo- es una reacción "lógica y natural" a un trato desconsiderado y persistente por parte de una persona clave del entorno relacional -padre, esposa, jefa o compañero-, prescribir un fármaco suele ser estéril, cuando no dañino por contribuir a perpetuar un malestar o una injusticia. Los resultados parecen indicar que la invitación a la prudencia y moderación en el uso de los psicofármacos no contrarresta la tendencia general hacia el aumento en la prescripción farmacológica.

Durante los años del estudio -2008 a 2011- se hizo un serio esfuerzo por parte de las autoridades para contener el gasto sanitario. Así, según el informe SESPAS 2014¹⁴, la prescripción de genéricos es el factor más relevante para explicar la reducción en el gasto farmacéutico, a pesar de que el consumo de envases aumenta en muchos grupos farmacológicos al igual que sucede en este estudio.

Se observa que los médicos que recibieron formación en TFB aumentan menos la prescripción que los que no la recibieron. Estas diferencias no pueden atribuirse al efecto de ningún cambio económico, ni a las políticas implementadas durante los tres años estudiados -como la implantación de la receta electrónica en Galicia, por ejemplo-, ya que hay que asumir que afecta por igual a los médicos de ambos grupos y se puede afirmar que la formación recibida contribuye a la moderación en el aumento de la prescripción farmacológica.

Durante el año siguiente a haber recibido formación en TFB los médicos prescriben 7.282 DDDs menos que los que no han recibido tal formación. Suponiendo que el coste de un DDD fuera 1 euro cada médico que recibe formación en TFB ahorra 606 euros cada mes, en comparación con aquellos que no la han recibido; si el coste de un DDD fuera 0,01 euro el ahorro sería de 6 euros al mes. Al poner este pequeño beneficio en relación al coste de la actividad, habría que formar a 7 médicos de familia en TFB para compensar el gasto total del proyecto -700 médicos si el coste del DDD fuera de un céntimo de euro-. También habría que añadir el beneficio o perjuicio en salud de las personas que acuden al médico -35 cada día según nuestros datos- y el aumento o disminución del rendimiento y la satisfacción laboral de los médicos.

Una de las limitaciones del estudio es que los médicos fueron seleccionados aleatoriamente, no todos estaban motivados o interesados en la formación en TFB y es fácil pensar que si el estudio se hubiera hecho con profesionales motivados el impacto podría haber sido mayor; los participantes en este estudio fueron elegidos al azar y decidieron participar de una forma libre y voluntaria.

CONCLUSIÓN

Se puede decir que una formación de 20 horas teóricas y 10 talleres no es suficiente para compensar la tendencia creciente de los médicos de familia a aumentar la prescripción. La mayor parte de las estrategias farmacéuticas en el SNS se han orientado a reducir el gasto mediante la

disminución del precio de los medicamentos. Sin embargo, su éxito está siendo limitado, en parte por la sustitución de medicamentos más baratos por otros más caros y en parte porque los incrementos en el consumo compensan las reducciones en precio (cada día son más las personas que consumen ansiolíticos)¹⁵. Sin embargo, sí parece posible disminuir la prescripción, y consecuentemente el gasto, con una adecuada formación de los médicos de familia en psicoterapias como la TFB.

A partir de los resultados de este estudio parece razonable proponer que, ya que uno de cada cuatro pacientes que acuden a la consulta de su médico de familia lo hacen con una queja de naturaleza emocional o relacional, se dedicara una décima parte del tiempo de formación de los futuros especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a la formación en psicoterapia. Actualmente, en el programa oficial de formación MIR se contempla como formación de segunda fila y no parece probable que la industria farmacéutica invierta en este campo.

«Escribir recetas es fácil, pero llegar a entender a la gente es bien difícil». Frank Kafka

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de todos los participantes en este estudio; el trabajo de los miembros del grupo de investigación que no figuran como autores en el presente artículo por límites de la publicación: Elsa Rodríguez Viña y Aurora Rozadilla Arias; y a la Consellería de Sanidad, por la aportación de los datos.

TABLAS

Tabla 1 Diferencia de medias entre la prescripción el año anterior y el posterior a la intervención.

	DM ¹	DT ²	95% IC ³ para la diferencia		t ⁴	p
			Inferior	superior		
Comparación DDD ansiolíticos antes/después grupo experimental	-1836.2	6961.8	-4775.8	1103.5	-1.292	0.209
Comparación DDD ansiolíticos antes/después grupo control	-2519.3	6842.6	-4768.4	-270.21	-2.270	0.029
Comparación DDD antidepresivos antes/después grupo experimental	-5309.9	6919.5	-8231.7	-2388.1	-3.759	0.001
Comparación DDD antidepresivos antes/después grupo control	-6706.3	7288.6	-9102	-4310.6	-5.672	0.000
Comparación DDD hipnóticos antes/después grupo experimental	-1224.7	3021	-2500.3	50.9	-1.986	0.059
Comparación DDD hipnóticos antes/después grupo control	-2126.8	3039.9	-3126	-1127.6	-4.313	0.000
Comparación DDD antipsicóticos antes/después grupo experimental	-869.1	3161.1	-2204	465.7	-1.347	0.191
Comparación DDD antipsicóticos antes/después grupo control	-1488.8	2599.7	-2343.3	-634.3	-3.530	0.001

¹ DM: diferencia de medias. ² DT: desviación típica. ³ Intervalo de confianza. ⁴ t-student para muestras relacionadas

Tabla 2. Medias anuales de DDD de los distintos grupos de psicofármacos prescritos

	Grupo experimental (n=24)	Grupo control (n=38)
	M ¹ (DT) ²	M (DT)
DDD ³ ansiolíticos preintervención ⁴	33594.7 (9422.3)	35608.1 (12783.7)
DDD ansiolíticos intervención ⁵	34928.9 (10208.8)	37038.9 (14282.9)
DDD ansiolíticos posintervención ⁶	35430.9 (12217.5)	38127.4 (14674.9)
DDD antidepresivos preintervención	38403.8 (11827.2)	37449.4 (12596.7)
DDD antidepresivos intervención	41014.6 (12060)	40432.3 (14165.4)
DDD antidepresivos posintervención	43713.7 (12254.2)	44155.7 (15401.4)
DDD hipnóticos preintervención	8709.9 (4712.6)	11568 (4967.9)
DDD hipnóticos intervención	9361.6 (4725.3)	12981.3 (6004.5)
DDD hipnóticos posintervención	9934.6 (5408.9)	13694.7 (6113.3)
DDD antipsicóticos preintervención	7504.8 (3670.7)	7268.6 (3393.2)
DDD antipsicóticos intervención	7870.6 (4534)	7946.9 (3893)
DDD antipsicóticos posintervención	8374 (4861.9)	8757.4 (4548.7)

Media anual de DDDs de los distintos grupos de fármacos.¹M: media. ²DT: desviación típica
³Dosis diaria definida. ⁴período de un año previo a la intervención. ⁵ Período que duró la intervención. ⁶Año posterior a la intervención.

Tabla 3. Diferencia de medias entre grupo experimental y control

	DM ¹	IC ² 95%		t ³	p
		Inferior	Superior		
DDD's ansiolíticos año anterior intervención	-2013.3	-8068.9	4042.2	-0.665	0.509
DDD's ansiolíticos año intervención	-2110	-8824.6	4604.7	-0.629	0.532
DDD's ansiolíticos año posterior intervención	-2696.5	-9885.8	4492.9	-0.750	0.456
DDD's antidepresivos año anterior intervención	954.4	-5464.5	7373.3	0.297	0.767
DDD's antidepresivos año intervención	582.3	-6405.1	7569.7	0.167	0.868
DDD's antidepresivos año posterior intervención	-442	-7888.2	7004.1	-0.119	0.906
DDD's hipnóticos año anterior intervención	-2858.1	-5398.8	-317.3	-2.250	0.028
DDD's hipnóticos año intervención	-3619.7	-6513.8	-725.6	-2.502	0.015
DDD's hipnóticos año posterior intervención	-3760.1	-6812.9	-707.3	-2.464	0.017
DDD's antipsicóticos año anterior intervención	236.3	-1590.3	2062.8	0.259	0.797
DDD's antipsicóticos año intervención	-76.3	-2241	2088.3	-0.071	0.944
DDD's antipsicóticos año posterior intervención	-383.4	-2819.7	2052.9	-0.315	0.754

¹DM: diferencia de medias. ²Intervalo de confianza. ³t-student para muestras independientes.

FIGURAS

Figura 1. Prescripción media de ansiolíticos y antidepresivos en el grupo experimental y control

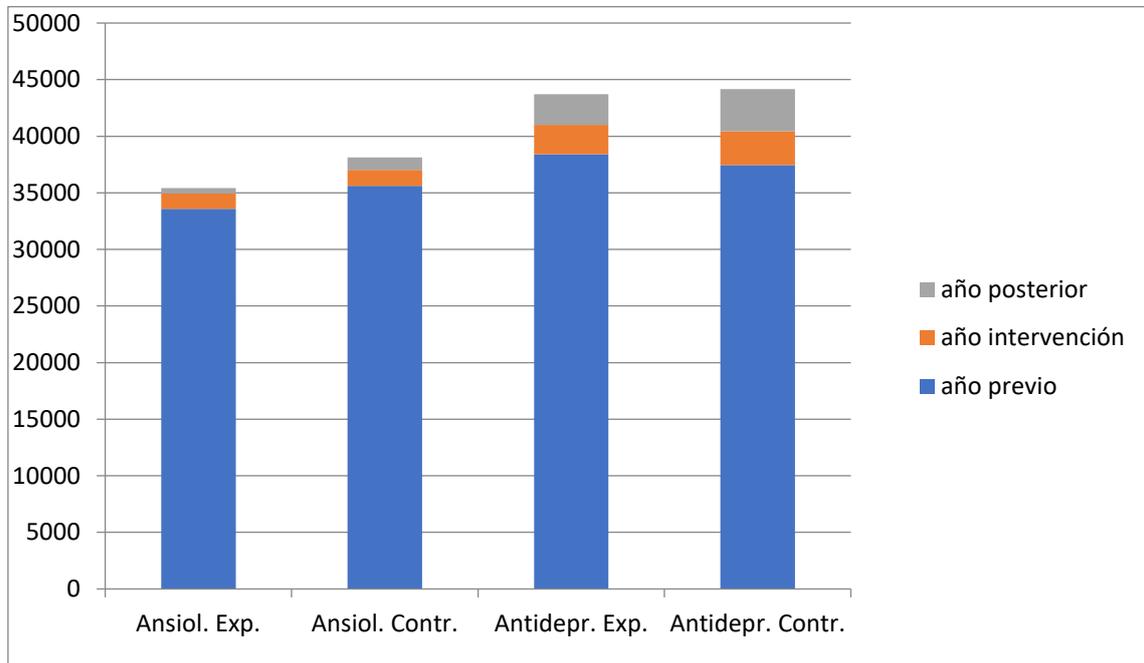
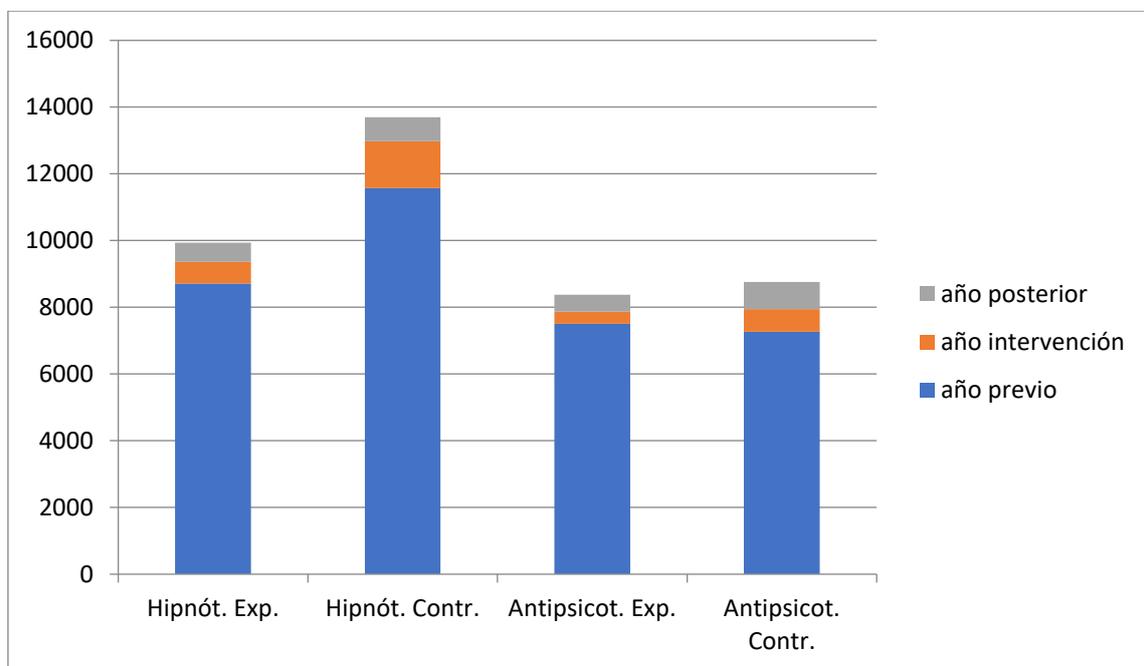


Figura 2. Prescripción media de hipnóticos y antipsicóticos en el grupo experimental y control.



BIBLIOGRAFÍA

1. López-Picazo JJ et al. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: tras las pistas de la eficiencia. *Aten Primaria* 2004; 34(4):178-85
2. Richards M. *Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE.* London: Central Office of Information; 2010.
3. *Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2009.* Inf Ter Sist Nac Salud. 2010; 34:100.
4. <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/enero2011.htm>.
5. Pereiró S, Sanfeliix-Jimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist.* 2010; 25:315-7
6. Rodríguez Arias JL, Venero M. *Terapia Familiar Breve: guía para sistematizar el tratamiento terapéutico.* Madrid. CCS. 2006
7. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. *Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (2012).* Madrid. Recuperado el 29 de julio de 2012, de: <http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/docs/grupo-N/subgrupo-N05.pdf>
8. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. *Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (2012).* Madrid. Recuperado el 29 de julio de 2012, de: <http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/docs/grupo-N/subgrupo-N06.pdf>
9. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (ed.) *Goodman & Gilman's Las bases farmacológicas de la terapéutica (11ªed.)* México. Mc Graw-Hill. 2006.
10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2011.* Oslo, 2010. Recuperado el 29 de Julio de 2012, de: <http://www.whocc.no/filearchive/publications/2011guidelines.pdf>
11. Hoe K, Agius M, Zaman R. *The global economic crisis: effects on mental health and what can be done.* *J R Soc Med.* 2013; 106:211-4
12. World Bank. *World development indicators. 1 st ed.* Washington DC: World Bank; 2011; 460
13. Girona-Brumos L, Ribera-Montaña,R, Juárez Jiménez JC, Lazuela- Broto MP. *Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: A propósito de los antidepresivos y antipsicóticos,* *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):143-53
14. Gili M, García Campayo J, Roca M. *Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014.* *Gac Sanit.* 2014; 28(Supl.1):104-8. <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0213-9111/28/104>
15. Sanfeliix-Gimeno G, et al. *La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012.* *Gac Sanit.* 2011. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.015

Original: DISFUNCION TIROIDEA EN GESTANTES. VALORES DE REFERENCIA DE TSH EN LA POBLACIÓN DE PONTEVEDRA.

THYROID DYSFUNCTION IN PREGNANT. TSH REFERENCE VALUES IN THE POPULATION OF PONTEVEDRA.

AUTORES:

Manuel Castro Pazos (1); Andrea Rey Veiga (2); Laura Vidal Blanco (2); Marta Ayude Pumar (2); Luis Fransí Galiana (1)

- 1.- Médico de Familia, Centro Salud Monteporreiro – Pontevedra*
- 2.- Residente MFYC, Centro Salud Monteporreiro – Pontevedra*

Autor para correspondencia: manuel.castro.pazos@sergas.es

RESUMEN

Objetivos del estudio:

- 1.- Conocer los niveles de TSH en las gestantes del primer trimestre.
- 2.- Revisión de estudios sobre niveles de Iodo en gestantes del Área.
- 3.- Forma de realización Screening: selectivo/universal.

Diseño del estudio:

- Origen de los datos: Historia clínica electrónica IANUS, embarazadas del Área Gestión Integrada Pontevedra-Salnés en los tres primeros meses del año 2015.
- Tipo de estudio: Estudio descriptivo trasversal.
- Tipo de muestreo: Muestreo por conglomerados.
- Tamaño muestral necesario: 184 gestantes. Se revisaron 275 historias.

Resultados:

- Consumo de Iodo en la Provincia de Pontevedra suficiente. Mediana de yoduria 112,7 µg/l.
- Edad media de las gestantes: 32,4 años. Mediana: 33 años.
- Los días transcurridos desde el inicio de la gestación hasta la realización de la analítica: Media 85 días, mediana en 87 días.
- Valor de la TSH en las gestantes en el primer trimestre: Media: 2.19 mU/L, Percentil 2.5: 0.22, Percentil 97.5: 5.63 mU/L.
- Hay disminución del valor de la media de TSH en el embarazo (2,33/2,19). El descenso es el 6,1 %.
- Si el punto de corte de hipotiroidismo se sitúa en TSH > 2.5 mU/L, como sugiere la Asociación Americana de Tiroides, 89 mujeres (89/250) son diagnosticadas de hipotiroidismo. La Prevalencia de hipotiroidismo detectada sería del 36%
- Se realiza cribado universal de hipotiroidismo en la gestación (250/250)

Conclusiones:

- No necesidad de hacer suplementación con yodo a las gestantes en nuestra zona.
- Los valores de referencia de la TSH en las gestantes del Área son (0,22-5,61).
- No cumplimiento de lo recomendado en la Guía de Seguimiento del Embarazo del Ministerio en cuanto a screening de hipotiroidismo.

Palabras clave: Embarazo, Tiroides, Tirotropina, Iodo, Screening.

STUDY GOALS.

- 1.- To get to know TSH levels during first trimester of pregnancy.
- 2.- To review the studies about iodine levels in pregnant women from our regional area.
- 3.- Screening method: selective/universal.

Study design.

- Origin of the data: IANUS electronic medical history from pregnant women at the Integrated Management Area Pontevedra-Salnés in the first three months of 2015.
- Type of study: Cross-sectional descriptive study.
- Type of sampling: Conglomerate sampling.
- Necessary sample size: 184 pregnant women. 275 stories were reviewed.

Results.

- Iodine consumption in Pontevedra is sufficient. Median urinary iodine concentration is 112.7 µg / l.

Study design.

- Origin of the data: IANUS electronic medical history from pregnant women at the Integrated Management Area Pontevedra-Salnés in the first three months of 2015.
- Type of study: Cross-sectional descriptive study.
- Type of sampling: Conglomerate sampling.
- Necessary sample size: 184 pregnant women. 275 stories were reviewed.

Results.

- Iodine consumption in Pontevedra is sufficient. Median urinary iodine concentration is 112.7 µg / l.
- Average age of pregnant women: 32.4 years old. Median: 33 years old.
- Days from the beginning of pregnancy to the performance of the blood test: mean: 85 days, median: 87 days.
- TSH levels in the first trimester: mean: 2.19 mU/L, percentile 2.5: 0.22, percentile 97.5: 5.63 mU/L.
- There is a decrease in the mean value of TSH in pregnancy (2.33 / 2.19). The decline is 6.1%.
- If the cut-off point for hypothyroidism is TSH > 2.5 mU / L, as suggested by the American Thyroid Association, 89 females (89/250) are diagnosed of hypothyroidism. The prevalence of hypothyroidism would be 36%.
- Universal screening for hypothyroidism during gestation is made (250/250).

Conclusions.

- Iodine supplements are not needed for pregnant women in our regional area.
- The reference values of TSH in pregnant women in our regional area are (0.22-5.61).
- Hypothyroidism screening practices recommended by the Ministry's Pregnancy Monitoring Guide are not meeting the criteria.

Key words: Pregnancy, Thyroid, Thyrotropin, Iodine, Screening.

INTRODUCCION

La disfunción tiroidea es una patología con alta prevalencia, sobre todo en el sexo femenino. Afecta al 2.5% de las mujeres y se incrementa con la edad.

Hay cuestiones con escasa evidencia científica en la valoración de la patología tiroidea de mujeres gestantes.

Dentro de estos puntos conflictivos se pueden plantear:

- 1.- ¿Precisan todas las mujeres embarazadas fármacos que aporten yodo?
- 2.- ¿Cuáles son los valores de referencia de las hormonas tiroideas en las gestantes de nuestra población?

3.- ¿Hay que realizar determinación universal de TSH a todas las gestantes?

1.- Las necesidades de yodo aumentan en el embarazo y en la lactancia

El yodo es indispensable para la biosíntesis de las hormonas tiroideas. La fuente de yodo del organismo depende exclusivamente de la ingesta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 250 µg de yodo al día durante el embarazo y la lactancia.

La eliminación del yodo se efectúa fundamentalmente por el riñón y en menor cantidad por las heces. La excreción urinaria

de yodo se correlaciona bien con su ingesta, por lo tanto, la determinación de la yoduria de 24 horas es un indicador fiable de la ingesta de yodo. Se considera que el aporte de yodo es suficiente cuando la mediana de las yodurias es $>100 \mu\text{g/l}$.

En el periodo 2000-2001, en Galicia, se realiza un estudio para conocer la ingesta de yodo en gestantes de la Comunidad Autónoma (1). Seleccionaron al azar 100 gestantes en cada provincia gallega y realizaron las determinaciones de yodurias en orina de 24 horas. En estos resultados se evidencian variaciones importantes según la provincia: en Pontevedra la mediana de yoduria es de $112,7 \mu\text{g/l}$, el doble de la de Lugo.

El yodo se encuentra distribuido de forma irregular en el agua y en los alimentos. Los océanos son el mayor almacén de yodo y los productos marinos son la principal fuente de yodo.

En España existe sal yodada disponible en el mercado desde 1983. El Real Decreto de 27 de abril, que aprueba la reglamentación técnico-sanitaria para la obtención, circulación y venta de la sal yodada establece el contenido de yodo en 60 mg por Kg de sal, de tal manera que con una ingesta diaria normal de sal yodada (unos 3-4 gramos/día) se cubren las necesidades diarias de yodo. Un gramo de sal contiene $60 \mu\text{g}$ de yodo.

En Galicia el 9 de enero de 1.985 se publicó en el DOGA un decreto sobre prevención del bocio endémico mediante el consumo de sal yodada. Actualmente en todos los comedores escolares de Galicia se utiliza sal yodada, pero no existe garantía de su consumo en los hogares.

Toda la población debe utilizar sal yodada al cocinar y aliñar los alimentos, especialmente los niños y mujeres en edad fértil.

Un insuficiente aporte de yodo en la mujer embarazada y en periodo de lactancia

puede dar lugar a la aparición de bocio. También aumenta la tasa de hipotiroidismo y hay mayor número de abortos y de muerte fetal.

2.- Valores de referencia de la TSH en las gestantes.

En el embarazo se producen una serie de cambios en la fisiología del tiroides, así como en las pruebas de función tiroidea.

Los principales cambios en la función tiroidea durante el embarazo son el aumento de las concentraciones séricas de la globulina fijadora de tiroxina (TBG) y la estimulación de los receptores tiroideos de la TSH por la hormona gonadotropina coriónica (HCG).

El incremento de estrógenos, aumenta la producción sérica de TBG y además hay una disminución de su aclaramiento.

Para mantener las concentraciones de hormonas tiroideas libres adecuadas, la producción de la tiroxina (T4) y de triyodotironina (T3) se incrementa. Las concentraciones totales de T4 y T3 se elevan durante la primera mitad del embarazo, hasta aproximadamente las 20 semanas de gestación.

Existe similitud entre las subunidades beta de la HCG y de la TSH. Debido a ello la HCG tiene una débil actividad estimulante de la tiroides [2].

Las concentraciones séricas de HCG aumentan con la evolución del embarazo alcanzando el pico en 10 a 12 semanas. Este aumento ocasiona incremento de las hormonas tiroideas y disminución de la TSH.

Debido a los cambios en la fisiología tiroidea durante el embarazo, la Asociación Americana de la Tiroides, para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de tiroides durante este periodo recomienda determinar en cada población los rangos de referencia trimestrales para TSH [3]. Sugiriendo como rango en el primer

trimestre, si no se hacen estas determinaciones 0,1 - 2,5 mU/L.

En un estudio publicado en el año 2007 basado en una muestra poblacional de mayor tamaño (más de 13.000 mujeres embarazadas), el intervalo de referencia, teniendo en cuenta los percentiles 2,5 y 97,5, para la TSH en el primer trimestre fue de 0,08 a 2.99 mU/L (4)

En España hay varios estudios sobre valores de referencia de la TSH en el primer trimestre del embarazo en distintas Comunidades Autónomas. Tabla 1 (5-9).

3.- Determinación universal de TSH a todas las gestantes.

Hay dudas sobre la necesidad de realizar cribado universal de función tiroidea a todas las mujeres en el primer trimestre del embarazo ya que, según ensayos clínicos aleatorios publicados en el año 2012, esta actuación no previene alteraciones cognitivas en los niños a los tres años de edad. Tampoco está claro que disminuya las complicaciones obstétricas y perinatales.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la SEGO elaboran en el año 2012 un Documento de Consenso en el que recomienda el cribado universal de la función tiroidea a todas las mujeres embarazada (10).

En el año 2014, con el patrocinio del Ministerio de Sanidad, se publica la GPC de atención en el embarazo y puerperio (11). En esta Guía se sugiere realizar cribado de función tiroidea en el primer trimestre solo a mujeres con factores de riesgo de disfunción tiroidea:

- Mujeres > 30 años.
- Antecedentes familiares o personales de enfermedad tiroidea.
- Presencia de diabetes tipo 1 u otro trastorno autoinmune.
- Antecedentes de abortos de repetición.

- Antecedente de irradiación de cabeza o cuello.

- Tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

- Habitar en zonas con déficit de yodo.

Con este estudio pretendemos determinar los valores de referencia (P2.5 y P97.5) de la TSH en el primer trimestre del embarazo en gestantes del Área de Xestión Integrada Pontevedra-Salnés.

Objetivos secundarios son:

- Conocer el momento de la gestación en el que se realiza la analítica del primer trimestre a las gestantes.

- Conocer la correlación entre la TSH del primer trimestre y los días de gestación.

- Conocer la correlación existente entre la TSH del primer trimestre y TSH previas a la gestación.

- Conocer la prevalencia de hipotiroidismo en la población analizada cuando el punto de corte se sitúa en 2.5

- Determinar la correlación entre la TSH del primer trimestre y el peso del niño al nacer.

MÉTODOS

Origen de los datos.

- Se extraerán de las historias clínicas electrónicas, de manera retrospectiva, datos de embarazadas del Área de Xestión Integrada Pontevedra-Salnés que recibieron asistencia obstétrica en el Hospital Provincial de Pontevedra en los tres primeros meses del año 2015.

Tipo de estudio.

- Estudio descriptivo trasversal.

Tipo de muestreo.

- Muestreo por conglomerados, mujeres embarazadas en el año 2015.

Tamaño muestral.

- Basándonos en los valores de TSH del estudio Valores de referencia de hormonas tiroideas en la población de mujeres gestantes de Jaén (8), hemos determinado que para hallar diferencias entre el valor empleado como referencia (2,5UI/ml y los valores de la población de Jaén (tabla 1) con una desviación estándar de 2, con una potencia estadística del 80% y una significación del 95% se precisará un tamaño muestral de 184 mujeres en el primer trimestre.

Criterios de exclusión.

- Estar a tratamiento de enfermedad tiroidea antes del embarazo y primera determinación de hormona tiroidea posterior a 92 días de gestación.

Análisis estadístico.

- Se realiza un análisis descriptivo y análisis de correlación lineal (coeficiente r de Pearson) para valorar la relación entre el nivel de la TSH en el embarazo y los niveles previos, la edad gestacional en el momento de la extracción y el peso del niño al nacer.

RESULTADOS

Se revisan 275 Historias Clínicas de gestantes. Se excluyen 25 mujeres: 10 por presentar patología tiroidea previa (8 hipotiroidismo y 2 hipertiroidismo), 15 por realizar la primera analítica del embarazo después del primer trimestre de gestación.

- La edad media de las gestantes es de 32,4 años, siendo la mediana de 33 años.

- Los días transcurridos desde el inicio de la gestación, calculada por ecografía, y la realización de analítica del primer trimestre se expresan en la tabla 2. La media se sitúa a los 85 días y la mediana en 87 días.

- Determinación de TSH registrada en la Historia clínica anterior a la gestación se

había realizado en el 75 % de las mujeres (187/250)

- Los valores de la TSH previa a la gestación realizados en las 187 mujeres y los realizados a las 250 mujeres gestantes son los siguientes (tabla 3).

- Hay una disminución del valor de la media de TSH en el embarazo (2,33/2,19). El descenso es el 6,1 %.

- 89 mujeres (89/250) son diagnosticadas de hipotiroidismo latente y tratadas con hormona tiroidea durante el embarazo.

- La correlación entre la TSH en el primer trimestre y el momento de la gestación en el que se realiza la analítica es negativa y muy baja. (- 0.025).

- La correlación entre la determinación de TSH anterior al embarazo y las cifras de TSH en el primer trimestre es moderada/alta (0.63).

- La correlación entre las cifras de TSH en el primer trimestre y el peso del niño al nacer es muy baja (0,0453).

COCLUSIONES

- Los estudios sobre consumo de yodo en las gestantes de nuestra Área Sanitaria ponen de evidencia que éste es adecuado por lo que no debemos realizar prescripción universal de suplementos de yodo a todas las gestantes. Debemos fomentar el uso de sal yodada en toda la población, sobre todo en niños y en embarazadas.

- Se recomienda una captación precoz de la embarazada y realización de estudios pertinentes para valorar el riesgo del embarazo. En este estudio observamos que el 95% (260/275) de las gestantes realizan la analítica dentro del primer trimestre del embarazo, pero esta determinación se hace muy avanzado este periodo. Solo el 25% de las estudiadas la realizan antes de la semana 12 (62/250). Probablemente un rediseño del circuito de captación y seguimiento del embarazo en Atención Primaria subsanaría este problema.

- La Guía de seguimiento del embarazo del Ministerio de Sanidad recomienda la determinación de TSH solo a personas con factores de riesgo de hipotiroidismo. Esta recomendación no se cumple en nuestra Área Sanitaria. Se realiza determinación de TSH a todas las gestantes, sin tener en cuenta el riesgo de hipotiroidismo que presentan.

- Los valores de referencia de TSH en el primer trimestre, en este estudio: El Percentil 2,5 (0,22) coincide con el resto de estudios realizados en España, el Percentil 97,5 (5,61) es un valor más alto.

- Si consideramos que con cifras de TSH >2.5 mU/ml las gestantes presentan hipotiroidismo, como se expresa en del protocolo de hipotiroidismo y embarazo vigente en esta Área de Xestión Integrada, 89 mujeres (89 de 250) reciben hormona

tiroidea durante el embarazo. El 35,6% de las gestantes son diagnosticadas de hipotiroidismo latente y reciben tratamiento con hormonas tiroideas.

Creemos que la no adecuación del nivel de diagnóstico a las cifras reales de nuestras embarazada está induciendo a un sobrediagnóstico y sobretratamiento de esta patología, no solo en nuestra Área, sino también en otras Áreas sanitarias en las que se aplica el nivel propuesto por la Asociación Americana de Tiroides, sin validarlo en la población diana.

Dado que el descenso de la media de TSH en gestantes con respecto a no gestantes de del 6,1 % proponemos como cifra corte a partir de la cual consideramos a una gestante como hipotiroidea 5,25 mU/ml. En nuestro medio los valores de referencia en población general son de (0,34-5,6 mU/ml).

TABLAS

	TSH (mU/L). Valor primer trimestre Percentil 2,5- 97,5
ARAGON	0,41- 2,63
CATALUÑA	0,12-4,75
CARTAGENA	0,13-3,71
EL BIERZO	0,49-3,59
JAEN	0,23-4,18
OVIEDO	0,17-4,15
SEVILLA	0,36-4,49

Tabla 1.- Valores de referencia de la TSH en el embarazo, en el primer trimestre.

Días gestación	Nº	%
< 56 días	3	1.2
75-63	3	1.2
64-70	2	0.8
71-78	12	4.8
79-83	42	16.8
84-93	188	75,2

Tabla 2.- Días de gestación en la que se realiza la analítica del primer trimestre

	Valor TSH mU /ml no gestante	Valor TSH mU/ml gestante
Media	2,33	2,19
DesvEst	1,26	1,42
Mínimo	0.16	0,05
Máximo	6.34	8,12
Mediana	2	1,84
Percentil 2,5	0.49	0,22
Percentil 97,5	5,64	5,61

Tabla 3.- Valores de TSH en no gestantes y en gestantes del primer trimestre

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Grupo para el estudio de la yodo-deficiencia de la Sociedad Gallega de Endocrinología y Nutrición. Deficiencia de yodo en gestantes de la Comunidad Gallega. *Endocrinología* 2001; 48 (Supl. 2): 62.
- 2.- [Ballabio M, Poshychinda M, Ekins RP. Pregnancy-induced changes in thyroid function: role of human chorionic gonadotropin as putative regulator of maternal thyroid. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 73:824.](#)
- 3.- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011; 21:1081
- 4.- Stricker R, Echenard M, Eberhart R, et al. Evaluation of maternal thyroid function during pregnancy: the importance of using gestational age-specific reference intervals. *Eur J Endocrinol* 2007; 157:509
- 5.- Bocos J, Izquierdo S, Bancalero JL, Alvarez R, Aznar A, Real E, et al. Thyroid hormones according to gestational age in pregnant Spanish women. *BMC Research Notes*. 2009;2:237-45.
- 6.- Vila L, Serra-Prat M, Palomera E, Casamitjana R, de Castro A, Legaz G, et al. Reference values for thyroid function tests in pregnant women living in Catalonia, Spain. *Thyroid*. 2010;20:221-5.
- 7.- García de Guadiana Romualdo L, González Morales M, Martín-Ondarza González MC, Martín García E, Martínez Uriarte J, Blázquez Abellán A, et al. Valoración de la función tiroidea durante la gestación: intervalos de referencia de tirotrópina y tiroxina no unida a proteína durante el primer trimestre. *Endocrinol Nutr*. 2010;57:290-5.
- 8.- Santiago P, Berrio M, Olmedo P, Velasco I, Sánchez B, García E, et al. Valores de referencia de hormonas tiroideas en la población de mujeres gestantes de Jaén. *Endocrinol Nutr*. 2011;58:62-7.
- 9.- P. Santiago Fernández, S. González-Romero, T. Martín Hernández, E. Navarro González, I. Velasco López y M.C. Millón Ramírez. Abordaje del manejo de la disfunción tiroidea en la gestación. Documento de consenso de la Sociedad Andaluza de Endocrinología y Nutrición (SAEN). *Semergen*. 2015;41(6):315-323
- 10.- Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Torrejón S, et al. Controversies in endocrinology: On the need for universal thyroid screening in pregnant women. *Eur J Endocrinol*. 2014;170:R17---30.15
- 11.- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

Original:

MANEJO DE LOS INHALADORES Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

MANAGEMENT OF INHALERS AND ADHESION TO TREATMENT IN PATIENTS OF THE HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

AUTORES: Barros Mosquera B, Miguélez Vázquez B, Souto Sanmartín M^ª, Lodeiro Dans L, Sánchez Muñoz Y. **EOXI A Coruña. Hospital Universitario A Coruña.**

Correspondencia: Berta Barros Mosquera. berta.barros.mosquera@sergas.es

RESUMEN

Objetivos:

Principal: Conocer el porcentaje de pacientes con técnica inhalatoria incorrecta y analizar los errores más frecuentes.

Secundarios: Determinar las variables que pueden influir en la realización incorrecta de la técnica inhalatoria. Evaluar la adhesión al tratamiento mediante el Test de Adherencia a los inhaladores.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional de corte transversal, con 104 pacientes a tratamiento con inhaladores, hospitalizados y citados en pruebas funcionales del Hospital Universitario de A Coruña. Se realizó una encuesta individual que incluye el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) y se les solicitó una demostración práctica del manejo del inhalador, sin realizar una instrucción teórica previa sobre la técnica.

Resultados: De los 104 pacientes un 61,5% cometían algún error crítico en la técnica inhalatoria. De los pacientes con error el 20,3% tenían menos de 64 años y un 79,7% tenían 65 años o más. La mayor parte de ellos habían recibido educación sanitaria sobre el manejo de inhaladores; sólo un 17,5% fue impartida por enfermería. En cuanto a la adhesión y cumplimiento al tratamiento, los resultados muestran: según el Test de 10 ítems un 48,1 % de los pacientes tiene una buena adhesión al tratamiento y según el test de 12 ítems un 80,8% presenta incumplimiento de algún tipo.

Conclusiones: El estudio demuestra que hay un alto porcentaje de pacientes con errores en la técnica de inhalación a pesar de haber recibido educación sanitaria. Muestran interés a la hora del aprendizaje, pero no es suficiente. Por ello debemos intensificar la educación sanitaria.

Palabras clave: Técnica de Inhalación, Educación sanitaria, Inhalador de Polvo Seco, Inhalador Presurizado de Dosis Media, Adhesión.

Abstract**Goals:**

Main: Know the percentage of patients with incorrect inhalation technique and analyze the most frequent errors.

Secondary: To determine the variables that may influence the incorrect performance of the inhalation technique. To evaluate adherence to the treatment using the Inhaler Adherence Test.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional, observational study was designed, with 104 patients being treated with inhalers, hospitalized and cited in functional tests of the University Hospital of A Coruña. An individual survey including the Inhaler Adhesion Test (TAI) was conducted and a practical demonstration of inhaler management was requested, without prior theoretical instruction in the technique.

Results: Of the 104 patients, 61.5% made some critical error in the inhalation technique. Of the patients with error, 20.3% were younger than 64 years and 79.7% were 65 years or older. Most of them had received education Management of inhalers; Only 17.5% were given by nursing. Regarding compliance and adherence to treatment, the results show that according to the 10-item test, 48.1% of the patients had a good adherence to the treatment, and according to the 12-item test, 80.8% presented a noncompliance kind.

Conclusions: The study shows that there is a high percentage of patients with errors in the technique of inhalation despite having received health education. They show interest in learning, but it is not enough. Therefore we must Intensify health education.

Key words: Inhalation Technique, Health Education, Dry Powder Inhaler, Pressurized Medium Dose Inhaler, Adhesion

Declaramos que no existe ningún conflicto de interés.

Hacemos constar que este trabajo fue presentado como ponencia en el último congreso de investigación en cuidados celebrado en A Coruña, el pasado mes de noviembre: "XX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN)".

Introducción La terapia inhalada está ampliamente considerada como el tratamiento de elección en las enfermedades respiratorias crónicas (1) por sus ventajas: acción directa sobre el órgano diana y menor incidencia de efectos adversos sistémicos. Sin embargo, presenta un importante inconveniente que es el manejo inadecuado de los dispositivos inhaladores. Es un hecho demostrado que un elevado porcentaje de pacientes no realiza correctamente la técnica inhalatoria (2, 3, 4) con los diferentes dispositivos de inhalación disponibles: cartuchos presurizados de dosis controlada (MDI) y dispositivo de polvo seco (DPI). Como consecuencia se produce una falta de control de la enfermedad, con el consiguiente aumento en la utilización de los diferentes recursos sanitarios (5,6) (exacerbaciones, consulta a urgencias,

hospitalizaciones...). Otra de las principales causas del mal control de la enfermedad es la falta de adhesión de los pacientes al tratamiento inhalado (7,8). Entendiéndose como adhesión, según la OMS (9): "El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario". Para muchos pacientes resulta complicado cumplir con el tratamiento prescrito, por múltiples factores: olvidos, dudas en la dosis o manejo del inhalador, desconfianza de la efectividad

4 del tratamiento..., lo que conlleva consecuencias perjudiciales para la salud de los mismos. Por todo esto, el objetivo de nuestro estudio es: conocer el porcentaje de pacientes hospitalizados o seguidos en el CHUAC que usan inhaladores con una técnica inhalatoria incorrecta y analizar sus errores más frecuentes. Además de determinar las variables que pueden influir en la realización incorrecta de la técnica inhalatoria y evaluar la adhesión al tratamiento.

Metodología Se diseñó un estudio observacional de corte transversal con 104

pacientes que estaban a tratamiento con inhaladores, hospitalizados en unidades de medicina interna, neumología y citados en pruebas funcionales del Hospital Universitario de A Coruña, durante los meses de enero a marzo de 2016. Los criterios de inclusión fueron: Mayor de 18 años/ Ingresado o atendido en consultas, independientemente de la patología respiratoria (EPOC o asma) y del tiempo que lleve tomando el tratamiento inhalador. Los criterios de exclusión fueron: Paciente con alteraciones físicas o mentales que los incapaciten en el manejo de los dispositivos/ Menores de edad/ Pacientes terminales/ Pacientes con ventilación mecánica no invasiva inestables.

Cálculo de la muestra Asumiendo una prevalencia de mal uso de los inhaladores del 82%, tal como se recoge en la literatura, para determinar la 5 prevalencia de mal uso en la población de estudio con una seguridad del 95%, una precisión del 8%, y asumiendo un 15% de pérdidas, se necesita estudiar a 104 sujetos.

Variables estudiadas Para medir la adhesión al tratamiento inhalado, se utilizó el Test de Adhesión a los inhaladores (TAI), desarrollado y validado por investigadores procedentes de los Programas de Investigación Integrada (PII) de Asma y de EPOC de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Está formado por dos cuestionarios complementarios, el TAI de 10 ítems que permite identificar al paciente con poca adhesión y su intensidad y el TAI de 12 ítems que además ayuda a orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento. Además se han recogido las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, población en que residen, nivel de estudios; y variables dependientes: años que llevan usando el inhalador, lugar donde recibieron la educación sobre el manejo de los inhaladores y el titular que se la impartió, tipo de inhalador que utilizan y si presentan dudas en su manejo.

Plan de trabajo Seleccionamos a los pacientes que utilizaban inhaladores y se les propuso participar en el estudio, teniendo en cuenta los criterios de

inclusión/exclusión. A los pacientes que cumplían los criterios indicados se les entregó el test que autocumplimentaron en 6 aproximadamente 10 - 15 minutos, y para finalizar, se les solicitó que realizaran una demostración práctica del manejo del inhalador, sin recibir una instrucción teórica previa de la técnica.

Análisis estadístico Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas de los pacientes incluidos en el estudio de la forma siguiente: las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje. La comparación de variables se realizó mediante el test T-Student o U Mann-Whitney (para el caso de dos grupos) o ANOVA o test de Kruskal-Wallis (para más de dos grupos) según procedió tras comprobar la normalidad de la variable con el test de Kolmogórov-Smirnov. La asociación entre variables cualitativas se contrastó mediante el estadístico Chi-cuadrado.

Aspectos ético-legales El desarrollo del proyecto se realizó respetando las Normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación. Los investigadores se comprometen a respetar la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

Hoja de Información a la Participante (HIP) y Consentimiento Informado (CI): Debido a que el cuestionario utilizado es totalmente anónimo y no se recogen ni datos personales ni clínicos de los participantes, el hecho de cubrir el cuestionario supone en sí la otorgación implícita del consentimiento.

Resultados De los 104 pacientes se detectó que un 61,5% cometían algún tipo de error crítico en la técnica inhalatoria. Del total de los encuestados 55 eran hombres y 49 mujeres; un 28,8% eran menores de 64 años y un 71,2% eran mayores de 65 años. En cuanto a la población, un 52,9% vivían en zona no urbana. En lo que se refiere a nivel

educativo, un 74,8% no poseían estudios o éstos eran básicos, frente a un 25,2% que sí presentaban estudios medios o universitarios. La mayor parte de ellos habían recibido educación sanitaria sobre el manejo de inhaladores, pero sólo un 17,5% había sido impartida por profesionales de enfermería. (fig. 1) Un 76,5% de los pacientes utilizaban dispositivos DPI como tratamiento principal frente al 23,5% que utilizaban dispositivos MDI. Los errores más frecuentes detectados en el uso de dispositivos MDI fueron: con un 8,7% efectuar la pulsación antes de la inhalación y efectuar varias pulsaciones seguidas, un 7,7% ausencia de apnea y 6,7% efectuaban una inhalación demasiado rápida o enérgica (fig. 2). En los pacientes que utilizaban los dispositivos DPI los errores más frecuentes fueron: un 28,8% ausencia de apnea y en un 12,5% la inhalación no es enérgica. (fig. 3). Hemos detectado que con el dispositivo MDI el porcentaje de pacientes que cometen errores es el doble que con MDI y cámara (14,1% frente a 7,8%). Del total de los estudiados el 10,6% reconoce tener algún tipo de duda frente a un 89,4% que dice no tenerlas. Destaca que de todos los pacientes con técnica inhalatoria incorrecta el 85,9% no presentaba dudas y el 14,1% si las tenían. Sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa (Fisher $p=0,197$). Tras los resultados obtenidos se puede determinar que entre las variables estudiadas sólo la edad presenta diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Pearson $p=0,015$) (fig. 4). En el resto de las variables socio demográficas estudiadas (sexo, nivel de estudios, lugar de residencia) no existe una asociación estadísticamente significativa con el uso inadecuado de inhaladores, pero se evidencia que los porcentajes entre la gente con estudios y sin estudios que cometen errores son muy similares (61,5% frente a 61%). También cabe destacar que se comenten más errores en el grupo urbano. En cuanto a la adhesión al tratamiento según el TAI 10 ítems los resultados nos muestran que un 48,1% de los pacientes tienen una buena adhesión al tratamiento. (fig. 5) Cabe destacar que un 70,2% de los

pacientes encuestados nunca se olvida de tomar los inhaladores prescritos y un 84,6% nunca lo dejaría de hacer por miedo a los efectos secundarios ni por considerarlos de poca ayuda (86,5%). Un 92,3% reconoce no dejar de tomar su tratamiento por su elevado coste debido a que en este momento la gran mayoría son fármacos que están sujetos a una financiación pública. El test de 12 ítems nos muestra que un alto porcentaje presenta algún tipo de incumplimiento, ya sea inconsciente 65,4%, errático 42,3% o deliberado 32,7%, teniendo en cuenta que un mismo paciente puede presentar más de un tipo de incumplimiento. (Tabla 1)

Discusión Tras los datos obtenidos en nuestro estudio observamos que en nuestra población hay un alto porcentaje de pacientes que tienen una técnica inhalatoria incorrecta. La única variable sociodemográfica, de las que hemos estudiado, que influye significativamente en un mal manejo de los dispositivos inhaladores, es la edad. Los pacientes mayores de 65 años son los que presentan mayores dificultades a la hora de realizar una técnica correcta. Con nuestros resultados no podemos relacionar un determinado tipo de dispositivo con una mala técnica inhalada, pero otros estudios muestran que el dispositivo que ocasiona más problemas en su uso es el MDI (11). Lo que, si hemos observado, es que el uso de cámara con este dispositivo (MDI) disminuye el porcentaje de pacientes con errores. De ahí la importancia de adaptar el dispositivo a cada paciente, teniendo en cuenta, además, las preferencias de éste y procurando unificar los dispositivos de modo que el tratamiento de rescate y la terapia de mantenimiento sean administrados por el mismo tipo de dispositivo, ya que así se realiza la misma maniobra de inhalación en ambos (12). Los errores más frecuentes que hemos detectado en el uso de MDI son: efectuar la pulsación antes de la inhalación, efectuar varias pulsaciones en una sola inhalación y ausencia de apnea. En cuanto al dispositivo DPI (el más usado) los errores más

frecuentes que hemos observado son ausencia de apnea e inhalación no enérgica. La mayoría de los pacientes reconoce haber recibido educación sanitaria por parte de distintos profesionales y refieren no tener dudas, por lo que no sienten la necesidad de demandar más educación. Sólo un bajo porcentaje dice haber recibido educación por parte de la enfermera. Consideramos que nuestro colectivo tendría que tener una mayor presencia en la educación sanitaria ya que es una de nuestras principales funciones. Por otra parte, creemos que dicha educación no es suficiente debido al alto porcentaje de errores que cometen. Intensificar la educación sanitaria no sólo es importante para mejorar el manejo de los inhaladores, sino que también juega un papel fundamental para lograr una buena adherencia del paciente al tratamiento.

En nuestro estudio hemos constatado que las cifras de adherencia al tratamiento son similares a las cifras aportadas por otros estudios (8, 10), pues sólo la mitad de los pacientes presentan una buena adhesión. Es necesario mejorar estos porcentajes, ya que una mala adherencia reconocida por el paciente se asocia a un aumento de la morbimortalidad y a un mal control de la enfermedad (10). Es lógico deducir que cuanto mayor sea el conocimiento y la confianza que tengan los pacientes en el tratamiento inhalador, mayor será la adherencia al tratamiento. En los resultados que hemos obtenidos con el TAI hemos

detectado tres tipos de incumplimiento: Errático (sea por olvidos a la hora de la toma de la medicación), Deliberado (no querer hacerlo, miedo a efectos secundarios) e Inconsciente (por desconocimiento de la pauta terapéutica y/o la utilización del dispositivo inhalador); destacando como resultado que el patrón de incumplimiento inconsciente es el de mayor porcentaje. De ahí que consideremos que con una adecuada formación sobre el manejo del dispositivo y con la correcta elección del mismo, subsanaríamos la mayoría de los errores detectados. Debido a que el porcentaje de patrón de incumplimiento deliberado es el más bajo de los tres, podemos concluir que los pacientes sí tienen interés y motivación a la hora de cumplir el tratamiento. Consideramos que supone un reto para todos los profesionales de la salud el mantener o incrementar dicha motivación e implicación del paciente ya que es el pilar básico para lograr mejores resultados. Es por ello que, dentro del abordaje multidisciplinar, los profesionales enfermeros debemos aumentar nuestra participación en el desarrollo de estrategias terapéuticas que logren empatizar con la población, y mejorar así los conocimientos y el compromiso del paciente con su tratamiento. Consideramos importante invertir en el desarrollo de una educación sanitaria de calidad, adaptada a cada paciente; y con un seguimiento en el tiempo por parte de un profesional de la salud.

PUNTOS CLAVE

Hechos conocidos: La terapia inhalada es la vía de elección en la patología respiratoria. Su principal inconveniente es la dificultad que presentan los pacientes para utilizarlos. Consecuencias: mal control de la enfermedad, aumento de gasto sanitario...

Aportaciones de este estudio: Existe un alto porcentaje de manejo incorrecto del inhalador a pesar de que la mayoría de los pacientes reconocen haber recibido educación y no presentar dudas. Es necesario intensificar la educación sanitaria, adaptándola a cada paciente y con un seguimiento en el tiempo.

ESQUEMA GENERAL**Tipo de estudio:** Estudio observacional de corte transversal.**Ámbito geográfico:** Ciudad de A Coruña**Población:** Pacientes a tratamiento con inhaladores, hospitalizados en unidades de medicina interna, neumología y citados en pruebas funcionales del Hospital Universitario de A Coruña.**Período de referencia:** enero de 2016 a marzo de 2016**Material:** Test de adhesión a los inhaladores (TAI) y variables sociodemográficas de interés para completar el estudio**Tamaño muestra** 104 sujetos

TABLA 1: VARIABLES ANALIZADAS Y TAI						
		Nº	USO	% USO	USO	% USO
		TOTAL	ADECUADO	ADECUADO	INADECUADO	INADECUADO
Edad	< 65 años	30	17	57%	13	43%
	≥ 65 años	74	20	31%	51	69%
Sexo	Hombres	55	23	42%	32	58%
	Mujeres	49	17	35%	32	65%
Nivel de estudios	Sin estudios o Básicos	78	30	38%	48	62%
	Medios o Universitarios	26	10	38%	16	62%
Lugar de residencia	Urbano	49	17	35%	32	65%
	No Urbano	55	23	42%	32	58%
Adecuación tipo uso dispositivo	NDI	24	10	42%	14	58%
	DPI	80	32	40%	48	60%
TAI 10 ITEMS	Buena Adhesión	50	-	-	-	-
	Adhesión Intermedia	27	-	-	-	-
	Mala Adhesión	27	-	-	-	-
TAI 12 ITEMS	Cumplimiento	20	-	-	-	-
	Incumplimiento	84	-	-	-	-

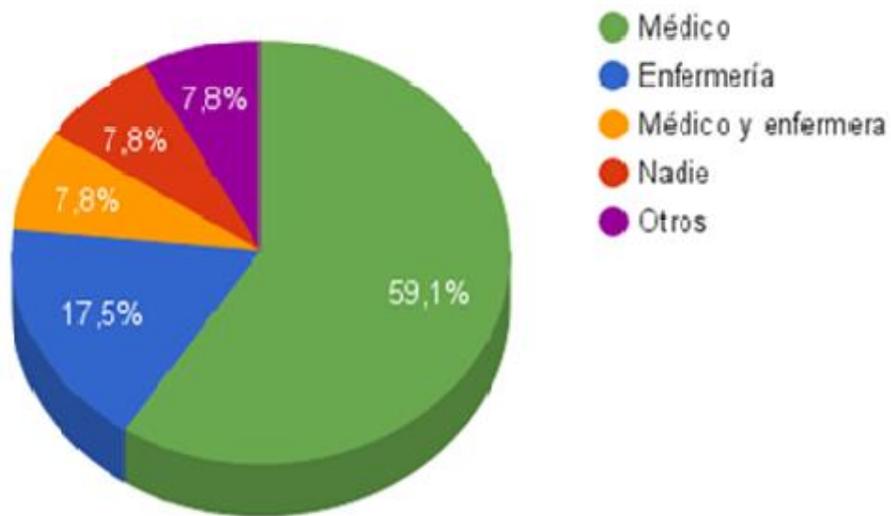


Figura 1: Titular que imparte la educación según el paciente

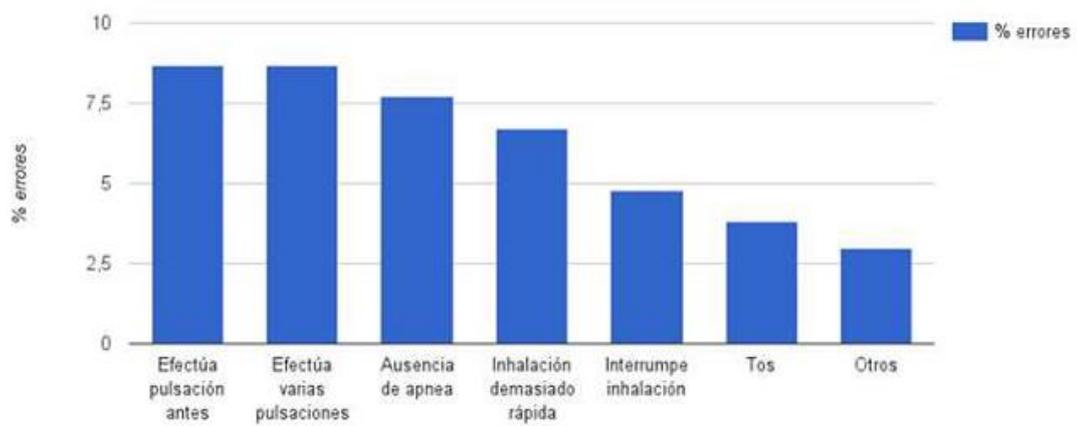


Figura 2: Errores más frecuentes con dispositivo MDI

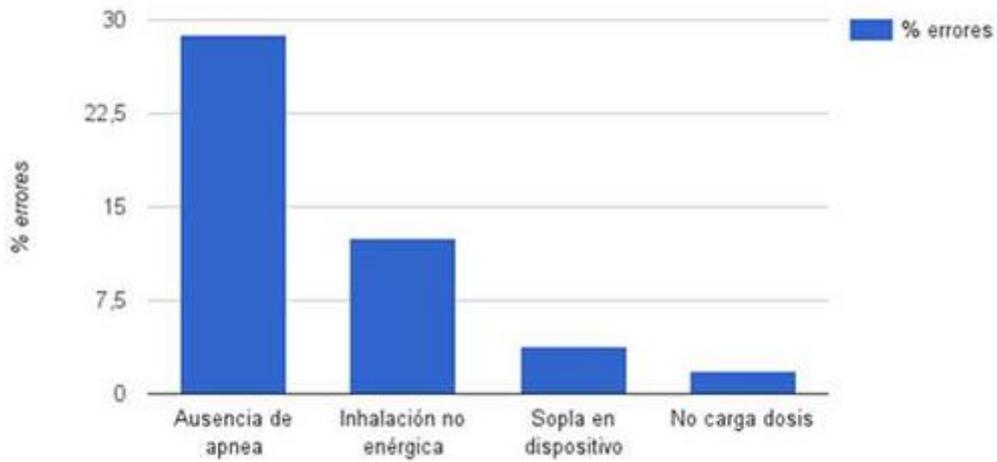


Figura 3: Errores más frecuentes con dispositivo DPI

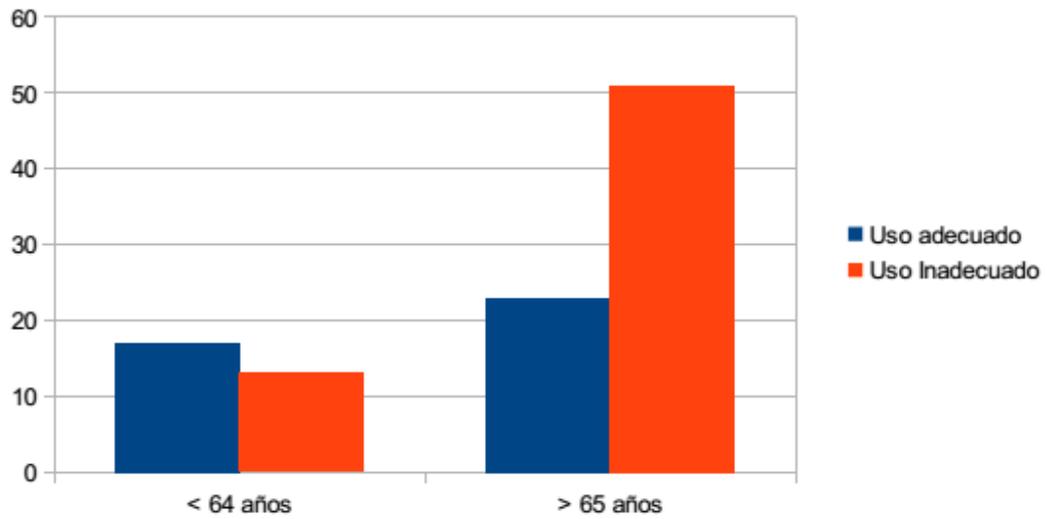


Figura 4: Uso adecuado e inadecuado de inhaladores según edad

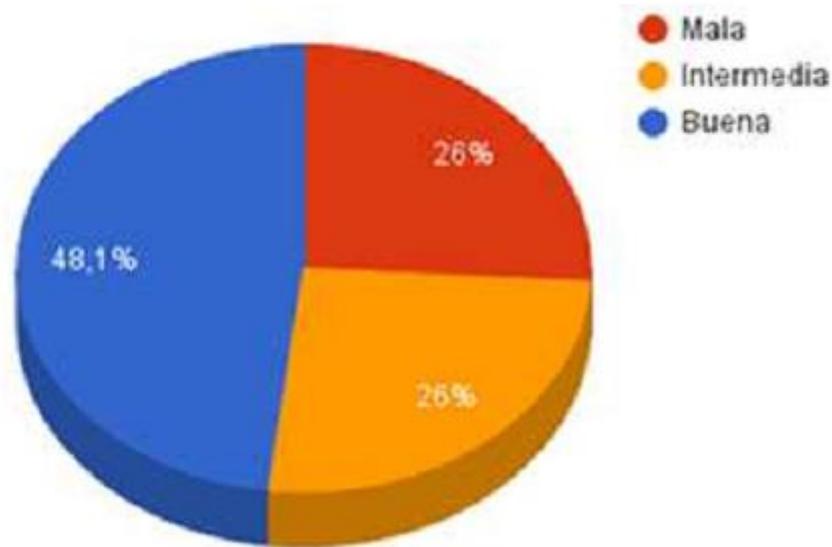


Figura 5: Nivel de adhesión al tratamiento

Bibliografía

1. Chen AM, Bollmeier SG, Finnegan PM. Long-acting bronchodilator therapy for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Pharmacother.* 2008; 42 (12): 1832–42
2. Represas Carrera FJ. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del centro de Atención Primaria Antón Borja? *Enferm Clin.* 2015; 25(1):3-8.
3. Arora P, Kumar L, Vohra V, Sarin R, Jaiswal A, Puri MM, et al. Evaluating the technique of using inhalation device in COPD and Bronchial Asthma patients. *Resp Med.* 2014; 108: 992-998.
4. Chrystyn H, Price DB, Molimard M, Haughney J, BosnicAnticevich S, Lavorini F, et al. Comparison of serious inhaler technique errors made by device-naïve patients using three different dry powder inhalers: a randomized, crossover, openlabel study. *BMC Pulm Med.* 2016; 16:12.
5. De la Iglesia Martínez F, Serrano Arreba J, Montes Santiago J. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades. La atención al paciente crónico y pluripatológico. *Galicia Clin.* 2012; 73 (Supl.1): S30-S36.
6. Roggeri A, Micheletto C, Roggeri DP. Inhalation errors due to device switch in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: critical health and economic issues. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016:1. 13
7. Dillaa T, Valladaresa A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias estrategias de mejora. *Aten Primaria.* 2009;41(6):342–348.
8. Pérez M, Puig-Peiró R, Paz S, Lizán L. Coste directo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica asociado a variaciones en adherencia y persistencia. *Rev Patol Respir.* 2015; 18(2): 49- 56.
9. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
10. Batanero Rodríguez A, Arranz Alonso S, Pareja Rodríguez LM, Vaquero Lozano P, Enríquez Jiménez M, Álvarez López S. Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. *Rev Patol Respir.* 2014; 17(3): 90-93
11. Bonini M, Usmani OS. The importance of inhaler devices in the treatment of COPD. *COPD Res Pract* (2015) 1:9.
12. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. *Arch Bronconeumol.* 2013;49(Supl 1):2-14

Actualización:

Eficacia y seguridad de los inhibidores SGLT-2

Efficacy and Safety of SGLT-2 Inhibitors

AUTOR: Francisco Javier García Soidán. Médico de Familia del Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Coordinador del grupo de diabetes de la AGAMFEC

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo del tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM2) es el de intentar reducir el desarrollo de complicaciones crónicas, tanto micro como macrovasculares, y por lo tanto a la hora de seleccionar un tratamiento debemos intentar utilizar aquel que haya demostrado en estudios a largo plazo su eficacia en la reducción del riesgo de complicaciones.

Sin embargo, este no es el único aspecto a tener en cuenta a la hora de elegir una terapia para el tratamiento de la DM2, ya que otros aspectos como son la seguridad, el coste y las preferencias del paciente también deberían tenerse en cuenta.

La seguridad es la característica de un medicamento que nos indica la probabilidad que posee de causar efectos tóxicos. La seguridad de un fármaco se puede establecer mediante los resultados de ensayos clínicos de valoración de riesgo, la realización de metanálisis (hay que tener en cuenta que los ensayos clínicos normales solo detectan las reacciones adversas con una frecuencia superior al 1%), mediante estudios observacionales con elevado número de pacientes y a través de las declaraciones de los profesionales mediante sistemas de farmacovigilancia.

A lo largo de este artículo realizaremos una revisión de los estudios de eficacia y seguridad cardiovascular de los iSGLT-2 (inhibidores del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2) que son una familia de fármacos de reciente introducción para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA SGLT-2

Generalidades:

Los iSGLT-2 actúan a nivel renal inhibiendo al co-transportador de sodio y glucosa tipo 2 del túbulo proximal lo cual reduce la recaptación de la glucosa procedente del filtrado glomerular, con su consiguiente eliminación a través de la orina, lo cual hace que se eliminen alrededor de 300 Kcal al día en forma de glucosa urinaria. Esto provoca una reducción de la glucemia y de la hemoglobina glucosilada alrededor del 0,8%, y una pérdida de 2-3Kg de peso. Además, poseen un ligero efecto diurético por lo que tienen un leve efecto hipotensor alrededor de 2-3 mm de Hg. En la actualidad disponemos de los resultados de los estudios de seguridad cardiovascular realizados con empagliflozina y canagliflozina, y dentro de dos años tendremos los resultados de los estudios con dapagliflozina.

Entre sus contraindicaciones figuran: Diabetes tipo 1, embarazo o lactancia, tampoco se recomiendan en pacientes con deshidratación, cetosis o insuficiencia renal (FG < 45 ml/min).

Estudios de seguridad cardiovascular:

En la actualidad sabemos que con el buen control glucémico de los pacientes con diabetes se reducen de manera significativa las complicaciones microvasculares, sin embargo, no está tan claro que se reduzcan de manera significativa las complicaciones

cardiovasculares. Sí sabemos que lo más importante para prevenirlas es el adecuado control de todos los factores de riesgo cardiovascular (glucemia, presión arterial, dislipidemia y abandono del tabaquismo) dado que con ello se consigue una gran reducción de todo tipo de complicaciones.

Tras los resultados negativos observados con rosiglitazona en el metanálisis de Nissen¹, desde el año 2008 la FDA (Food and Drug Administration) obliga a que los nuevos fármacos para la diabetes tipo 2 sean sometidos a estudios de seguridad cardiovascular para poder ser comercializados en USA (United States of America), y en este sentido se han publicado el estudio EMPA-REG con empagliflozina y el estudio CANVAS con canagliflozina. La dapagliflozina tiene actualmente en marcha los estudios CREDENCE y DECLARE cuya publicación está prevista para el año 2018.

Estudio EMPA-REG

El primer estudio de seguridad cardiovascular que fue publicado con un inhibidor de la SGLT-2 fue el estudio EMPA-REG con empagliflozina, en pacientes que ya habían sufrido un evento cardiovascular y sus resultados han sido sorprendentes ya que consiguieron demostrar superioridad frente a placebo en la reducción de eventos cardiovasculares (MACE), mortalidad total y cardiovascular e ingreso por insuficiencia cardíaca².

Estudio CANVAS

Este mismo año se ha publicado el estudio de seguridad cardiovascular con canagliflozina, estudio CANVAS, el cual incluía un 65% de pacientes que ya habían sufrido un evento CV y un 35% de alto riesgo CV, pero sin un evento previo. En cuanto a sus resultados también se pudo observar superioridad frente a placebo en la reducción de eventos cardiovasculares (MACE), y en ingreso por insuficiencia

cardíaca, pero no en mortalidad total (figura 1)³.

ALERTAS DE SEGURIDAD

Desde la comercialización de los inhibidores de la SGLT-2 las agencias reguladoras norteamericana (FDA) y europea (EMA) han ido emitiendo diversas alertas en relación a la seguridad de dichos fármacos. A continuación, repasaremos las más relevantes.

Riesgo de infecciones genito-urinarias

En los estudios pivotaes de los diferentes iSGLT-2 se ha observado un incremento de las infecciones genitales, sobre todo por candidas, las cuales suelen responder bien al tratamiento habitual, por lo que solo en contadas ocasiones son causa de abandono del tratamiento.

En lo relativo a las infecciones urinarias se ha visto en estudios a largo plazo y con un gran número de pacientes como son los estudios EMPA-REG y CANVAS que ni el tratamiento con empagliflozina ni con canagliflozina provocan un aumento de infecciones del tracto urinario en hombres ni en mujeres.

Riesgo de cetoacidosis

Tras las múltiples declaraciones de casos de acidosis láctica tanto en Europa como en Norteamérica las agencias reguladoras obligaron a incluir una alerta en relación al incremento del riesgo de acidosis láctica en las fichas técnicas de los iSGLT-2. Muchos de estos casos se produjeron en pacientes con diabetes tipo 1, pacientes con insuficiencia renal, pacientes insulino pénicos y pacientes en situación de deshidratación en los cuales el tratamiento de elección sería insulina y no un iSGLT-2.

Por otra parte, en los estudios de seguridad CV con empagliflozina y canagliflozina no se observó que hubiese diferencia en la incidencia de cetoacidosis entre los pacientes del grupo a tratamiento con los iSGLT-2 frente a placebo.

Riesgo de fractura

En octubre del 2015 la FDA emitía una alerta acerca del mayor riesgo de fracturas y de disminución de la densidad mineral ósea con el uso de canagliflozina. Este mayor riesgo también se observó en el estudio CANVAS dado que los pacientes tratados con canagliflozina presentaron un aumento del 26% en el número total de fracturas.

Riesgo de amputaciones

Más recientemente y a raíz de los resultados preliminares del estudio CANVAS las agencias reguladoras emitieron una alerta acerca del mayor riesgo de sufrir amputaciones de las extremidades inferiores los pacientes tratados con canagliflozina, lo cual se confirmó tras la publicación de los resultados finales del estudio ya que, aunque era un efecto adverso poco frecuente (6,3 % vs 3,4 %) su incidencia era casi el doble en pacientes tratados con canagliflozina.

Riesgo de deterioro de la función renal

Otro posible problema relacionado con los canagliflozina y dapagliflozina es la posibilidad de provocar una insuficiencia renal aguda, lo cual también generó una alerta por las agencias reguladoras. Lo que se ha observado en los estudios de seguridad CV con empagliflozina y canagliflozina fue un efecto beneficioso a nivel de la función renal a largo plazo, si bien es verdad que en las primeras semanas del tratamiento con estos fármacos suele producirse una ligera caída del filtrado glomerular, sobre todo como consecuencia de la hipovolemia que

provocan estos fármacos al inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

- Los inhibidores de la SGLT-2 reducen el desarrollo de complicaciones CV en pacientes con diabetes tipo 2 que ya han sufrido un evento CV previo.
- Provocan un incremento de infecciones genitales por candida, lo cual es una causa poco frecuente del abandono del tratamiento.
- No parece que produzcan un aumento de las infecciones del tracto urinario.
- No deben utilizarse en pacientes con riesgo de cetoacidosis: insulinopenia, deshidratación, diabetes tipo 1 o insuficiencia renal.
- Se observa un mayor riesgo de fracturas con el uso de canagliflozina.
- En pacientes con antecedentes o factores de riesgo de amputación no debería de utilizarse el tratamiento con canagliflozina.
- Al inicio del tratamiento es conveniente asegurar una buena hidratación de los pacientes con el fin de minimizar el riesgo de un deterioro de la función renal.

Bibliografía

1. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2007; 356:2457-71.
2. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015; 373:2117-28.
3. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, de Zeeuw D, Fulcher G, Erondy N, et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2017 jun 12. doi: 10.1056/NEJMoa1611925.

Para saber de:

DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT. LA SITUACIÓN REAL

STEINERT MYOTONIC DYSTROPHY. THE REAL SITUATION

AUTORES: *Helena Alonso Valencia. Residente de Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saúde Colmeiro. EOXI Vigo. Julia Bóveda Fontán. Médico especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saúde Colmeiro. EOXI Vigo.*

Palabras Clave: Distrofia Miotónica, Diagnóstico, Atención Primaria de Salud.

Keywords: Myotonic dystrophy, Diagnosis, Primary Health Care.

As autoras declaran non ter ningún conflito de intereses.

Introducción

La distrofia miotónica tipo 1 o de Steinert es la distrofia muscular más común en el adulto. Está considerada una enfermedad rara por la baja prevalencia en la población mundial. Se estima que en Europa es de 3-15 por cada 100000 habitantes (1), aunque se conoce que existen poblaciones con un gran número de afectados, tales como Suecia y País Vasco (2), debido a su herencia autosómica dominante. La incidencia se calcula en 1/8000 nacidos (3). El debut suele ocurrir hacia la segunda y tercera década de vida (1).

Historia y genética

Fue descrita por primera vez en 1902, por Hans Steinert, aunque se tardaron 90 años en descubrir la causa (4). Ésta reside en la expansión del tri nucleótido CTG en la región 3' intrónica del gen DPKM, en el cromosoma 19q13.3. Este gen da origen a la proteinkinasa serotreonina. Cuando se produce una expansión del trinucleótido, se genera un ARN mutante que forma inclusiones intranucleares, dificultando el corte y ensamble normal para otras proteínas de ARNm (4), lo que se traduce en una transcripción alterada de varias proteínas en múltiples órganos y sistemas, dando origen a la sintomatología. En el individuo sano pueden existir hasta 37

repeticiones, mientras que se considera una forma completa de la enfermedad a partir del centenar (2). Existen cuatro formas: oligosintomática, clásica, juvenil y congénita, siendo ésta la más grave de las cuatro (5). Para el caso que nos ocupa, nos centraremos en la forma clásica.

Es importante saber que tiene lugar el fenómeno de anticipación generacional (6). Debido a la meiosis y deslizamiento durante la gametogénesis, se multiplica el número de expansiones, por lo que los descendientes afectados sufrirán una forma precoz y más grave de la enfermedad. No obstante, se considera una patología de expresividad variable y penetrancia incompleta debido a la mutación inestable (6), lo que se traduce en síntomas de diferente grado de afectación en diferentes individuos, independientemente del número de tripletes, aunque sí se conoce que conforme aumenta el número de los mismos la gravedad de la enfermedad aumenta. Por otra parte, existe una progresión lenta a lo largo del curso vital del individuo (3).

Se sabe de otros tipos de distrofia miotónica, descritos a posteriori, tales como la distrofia miotónica tipo 2 (PROMM), por su nombre miopatía miotónica proximal, o síndrome de Ricker(2) ,

descubierta en 1997, con expansión CCTG del gen ZNF9 del intrón I en el cromosoma 3q21) y se sospecha de otros como la tipo 3, tipo 4 y tipo X.

Signos y síntomas

Debido al pleiotropismo de la enfermedad, nos encontramos con un conjunto de síntomas variados que afectan a varios sistemas y aparatos. La tríada presente en todos los pacientes se compone de debilidad muscular, miotonía y cataratas. Se describe a continuación la variabilidad clínica (1,6):

☐ Debilidad muscular: se produce atrofia de músculos faciales y cervicales, musculatura distal de manos, piernas y pies, originando dificultades de prensión, facilidad para el tropiezo, pies equinos o péndulos. Todo ello genera una inmovilidad y discapacidad. La atrofia de músculos faringolaríngeos origina rinolalia, disartria y disfagia.

☐ Miotonía, o dificultad para la relajación muscular tras la contracción. El fenómeno miotónico se traduce en una mejora con el ejercicio repetido y empeoramiento con el frío (2). Generalmente se observa una miotonía por percusión del músculo tenar de la mano y la miotonía por agarre.

☐ Cataratas subcapsulares posteriores, que aparecen en todos los individuos a partir de los 40 años, de forma precoz. Generan visión borrosa.

☐ Facies típica: se trata de una expresión alargada, “en hacha” o “en cuchillo”, debido a la atrofia de músculos faciales, maseteros y temporales, calvicie frontal y ptosis palpebral bilateral, lo que se traduce en amimia, boca entreabierta y cuello curvado hacia delante.

☐ Alteraciones cardiovasculares: se produce fibrosis del sistema de conducción y del nodo sinusal, generando trastornos de ritmo y de la conducción intracardíaca.

Aparece en un 25% de los pacientes una fibrilación o flúter auricular y bloqueos aurículoventriculares, bloqueos de rama y hemifasciculares, prolongación del QTc y

bradicardia sinusal sintomática, que junto con las taquiarritmias pueden causar la muerte prematura del paciente (7). Se considera que detrás de un 20% de los fallecidos por esta enfermedad hay una causa cardíaca.

Además, nos encontramos con la existencia de miocardiopatía hipertrófica o dilatada, que se traduce en disfunción sistólica y subsecuentemente, insuficiencia cardíaca.

☐ Alteraciones respiratorias: predominantemente la insuficiencia respiratoria por debilidad muscular, que origina un 40% de las muertes por distrofia muscular.

Existen asimismo alteraciones respiratorias durante el sueño y restricción de la capacidad pulmonar.

☐ Alteraciones digestivas: predominantemente por hipotonía del tubo digestivo, lo que ocasiona gastroparesia, dolor abdominal, alteraciones del ritmo intestinal,

incontinencia fecal y malnutrición.

☐ Alteraciones endocrinas: resistencia a la insulina de la misma forma que aparece en pacientes más longevos.

Alteración de las gonadotropinas. La infertilidad afecta al varón por desaparición de los túbulos seminíferos, y en la mujer se traduce en dismenorrea y menopausia precoz.

☐ Alteraciones neuropsiquiátricas: vemos en estos pacientes una dificultad cognitiva variable, astenia, hipersomnia y trastornos de la conducta y el ánimo, que se traduce en personalidades evitativas, que subestiman la clínica y la repercusión de la enfermedad, así como tendencia a la depresión (2,6).

Diagnóstico y tratamiento

Fundamentalmente, se establece a partir de un diagnóstico de sospecha, bien por la aparición de síntomas típicos de la enfermedad, el fenotipo o la historia familiar (3). A partir de ese momento se desarrollarán pruebas complementarias en

función de la anamnesis y la exploración física. De entrada y bajo sospecha, está indicado realizar un análisis básico con función hepática, CPK y cuantificación de inmunoglobulinas.

Dentro de este apartado, se sabe que los parámetros estarán ligeramente elevados para la CPK y las enzimas hepáticas, fundamentalmente la gamma glutamil - transferasa, aunque tanto de ésta como de la hipogammaglobulinemia por IgG se desconoce el mecanismo (2). En una resonancia magnética cerebral se podrá observar atrofia cerebral leve.

El diagnóstico de certeza nos lo aportan las pruebas genéticas, bien sea la PCR, utilizada para casos de bajo número de expansiones, hasta 100; o el Southern-Blot, más común, compleja y menos precisa que la PCR (4). Hasta 1992 se desconocía el mecanismo genético de la enfermedad, por lo que existe la posibilidad de realizar estudio neurofisiológico, que revela un patrón miopático con descargas miotónicas y potenciales repetidos en unidades motoras distales, y una biopsia de músculos proximales (menos afectados clínicamente) , con aumento del número de núcleos internos, masas sarcoplásmicas y atrofia moderada de las fibras (2) .

El tratamiento curativo no existe hoy en día. Para paliar la miotonía se utilizan fenitoína y mexiletina, estimulantes del sistema nervioso central para reducir la fatiga y BiPAP en caso de SAHS. Asimismo, es de destacar el implante de un marcapasos si el paciente presenta un síncope de origen incierto, por la posibilidad de desarrollar una arritmia fatal y muerte súbita (7).

Las principales ramas que se están desarrollando a favor de un tratamiento se basa en la corrección de tripletes de CTG, buscando la corrección y repetición que causa inestabilidad del ADN, así como control del ARN tóxico, reestructuración de la horquilla y proteínas de la unión de ARN (2,4).

La realidad...

Como se refleja en el artículo publicado recientemente en esta revista por Rosado y cols (6) la realidad de estos pacientes nos muestra una situación desalentadora. Con frecuencia, tras el diagnóstico comienzan un peregrinaje de médico en médico en busca del experto que les ayude, sin que nadie sea realmente su referencia y asuma su seguimiento.

Esta es la experiencia que reflejamos en el caso clínico que presentamos, en el que describimos la afectación de madre e hija, con las habituales dificultades y retraso en el diagnóstico, así como en el seguimiento.

Se trata de una mujer que a los de 24 años de edad, en 1988, acude a consulta de su médico de Atención Primaria por dificultad para una segunda gestación, habiendo tenido una previa normal tres años antes. En 1990 consulta por parestesias en miembros inferiores, de predominio nocturno, que mejoran con la movilización de las piernas. Se realizó un EMG con resultado normal. De nuevo consulta por el mismo motivo en 1994, junto con dificultad para extensión de los dedos de las manos. Además, persiste incapacidad para conseguir gestación y en más de una ocasión muestra un ánimo depresivo. Por estos dos motivos se somete a tratamiento hormonal e inicia tratamiento farmacológico antidepressivo.

En un análisis rutinario se detecta elevación de transaminasas en rango 2 -3 veces sobre el límite superior de la normalidad (GOT 116, GPT 179, GGT 83), confirmándose dicha alteración en una segunda determinación. Ante la sospecha de hipertransaminasemia de origen farmacológico, se decide retirada de terapia. A pesar de ello, persisten alteraciones con cifras similares, por lo que se amplía estudio con serología para virus hepatotropos y ecografía abdominal, siendo el único hallazgo reseñable una ecogenicidad aumentada del parénquima hepático.

Dos años después, a pesar de retirada de farmacoterapia persiste hipertransaminasemia, por lo que se repiten estudios, siendo la serología de nuevo negativa y la ecografía con similares alteraciones inespecíficas. Se completa estudio por parte del Servicio de Digestivo, sin otros hallazgos relacionados. Con diagnóstico de hepatopatía no filiada, se indica la realización de biopsia hepática, que la paciente rechaza.

A raíz de la aparición de debilidad de miembros superiores, y dado que persiste hipertransaminasemia en rango leve con asociación de elevación discreta de CK, FAL, VSG y anemia (no se dispone de cifras en historia clínica), se remite al Servicio de Medicina Interna, donde realizan estudio de Neurofisiología y Genética, revelando un patrón miopático en el primero y positividad para alteración genética de rama paterna en el segundo. Se diagnostica entonces de distrofia muscular de Steinert (año 2002, con 37 de edad) y se inicia tratamiento con mexiletina, un antiarrítmico de clase IB, bloqueante inespecífico voltaje -dependiente de los canales de sodio.

Se completan sendos estudios cardiológicos, neurológicos y oftalmológicos, con sus respectivos seguimientos.

Se realiza estudio familiar donde se observa procedencia del ramo paterno, fallecido, de la paciente, y se comprueba afectación de su única hija.

La paciente en la actualidad tiene las manifestaciones propias de la entidad: alopecia, catarata, facies típica y ptosis palpebral que precisó intervención quirúrgica.

La hija, actualmente de 32 años, fue diagnosticada a raíz del estudio familiar, presentando ya en el momento del diagnóstico afectación muscular (debilidad en extremidades inferiores al subir cuevas o escaleras, agarrotamiento de dedos de manos) que ha ido evolucionando de forma más rápida y progresiva que en su madre. Presenta además en el momento actual

dificultad respiratoria en relación con esfuerzos evidenciándose un patrón espirométrico de tipo restrictivo y siendo ya evidentes los rasgos clínicos propios de la enfermedad.

Discusión

Se reporta este caso con el fin de poner de manifiesto una vez más la dificultad diagnóstica de una enfermedad de muy baja prevalencia como es la distrofia miotónica de Steinert.

El diagnóstico inicial de sospecha a partir de una clínica típica de miotonía y debilidad muscular es lo deseable, pero la realidad nos muestra que el retraso diagnóstico es habitual, debido a que la presentación de los síntomas no suele ser tan florida y al hecho de no pensar en dicho diagnóstico por parte del clínico. Se estima que la media en el retraso del diagnóstico es de unos siete años desde el inicio de los síntomas (6) lo que dificulta el manejo inicial y retrasa el diagnóstico de las posibles complicaciones.

En nuestro caso, el retraso diagnóstico lo explicaría el hecho de que la clínica inicial de afectación muscular estaba referida sólo de forma parcial por la paciente, y que en su momento se realizó estudio neurofisiológico con resultado de normalidad. Posiblemente se tratase del debut de la enfermedad, que se reveló a partir de la hipertransaminasemia persistente en ausencia de hepatopatía. En este caso, desconocemos si la biopsia hepática se traduciría en un diagnóstico precoz, dado que una muestra de músculo estriado proximal se reconoce como la mejor opción para alcanzar el resultado.

Además de la clínica, es importante destacar el consejo genético. En el caso que presentamos, la hija ha debutado de forma precoz y con mayor afectación que su madre a la misma edad, evidenciándose el conocido fenómeno de anticipación generacional. En este caso, es de gran importancia el consejo genético, dadas las características progresivas, pleiotrópicas y hereditarias de la enfermedad, estando la paciente en edad fértil.

La labor del médico de familia en estos casos ha de ser fundamentalmente de coordinador entre el paciente y las diferentes especialidades, así como de seguimiento y contacto próximo con el paciente y la familia para conocer la evolución de los síntomas y detectar precozmente las complicaciones que se vayan presentando. Es necesaria una valoración completa para una enfermedad compleja, por lo que los controles cardiológico, neumológico, oftalmológico y del área neuropsiquiátrica han de ser periódicos.

Por otra parte, el papel del médico como investigador y la sensibilidad diagnóstica del mismo podrían acortar en cualquier patología el tiempo de diagnóstico. Dado que es una enfermedad rara, por tendencia no suele pensarse en ella.

Obliga pues a la investigación y la motivación personal.

Además de los aspectos clínicos, el médico ha de mantenerse próximo al paciente para tratar de resolver las dudas que puedan surgir, sin olvidar los aspectos sociolaborales. No olvidemos que es esta una enfermedad que progresa y avanza hacia la incapacidad, sin que exista todavía un tratamiento ni un conocimiento generalizado acerca de la misma. Todo ello puede generar problemas sociales (2,6), tales como desempleo y dependencia, que pueden causar tanto o más malestar que los síntomas de la enfermedad.

Bibliografía

- (1) Rosado Bartolomé A, Sierra Santos L. Distrofia miotónica de Steinert. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2015 feb; 8(1): 79-83.
- (2) Flores-López EN, Tovilla-Ruiz CK, García-Padilla E, Sandoval-Gutiérrez RB, Álvarez -Torrecilla LC. Distrofia miotónica de Steinert: caso clínico de una familia y revisión de la bibliografía. Med Int Méx 2014; 30:195 - 203
- (3) Valcárcel García, M. A. et al. Distrofias musculares [guía clínica en Internet]. A Coruña, Fisterra.com; [actualizada el 10 de noviembre de 2015]. Disponible en <http://www.fisterra.com.mergullador.sergas.es:2048/guias-clinicas/distrofias-musculares/>
- (4) Ramírez, D.; Zambrano, P. Distrofia Miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert: Report de un caso clinico en la atencion primaria de la salud. Intra. Med. J, 2014, vol. 3, no 3, p. 1 -9.
- (5) Ibarra-Lúzar, J. I., et al. Distrofia miotónica congénita. Hallazgos clínicos, electrofisiológicos y genéticos de nuestra casuística. Rehabilitación, 2009, vol. 43, no 4, p. 144-150.
- (6) Bartolomé, A. R., Gutiérrez, G. G., Santos, L. S., & Justel, J. S. (2015). Distrofia miotónica de Steinert:nuevos paradigmas asistenciales. Cadernos de atención primaria, 21(1), 43-48.
- (7) Gargantilla P., Arroyo N., Pintor E. Arritmias en la distrofia miotónica de Steinert. Rev Clin Med Fam [Internet] 2015 Oct; 8(3): 265. Disponible en <<http://www.revclinmedfam.com/PDFs/2421fcb1263b9530df88f7f002e78ea5.pdf>>.

NUEVAS TECNOLOGÍAS:

Nomofobia ¿Qué es? *Nomophobia What is it?*

AUTORES: Víctor Julio Quesada Varela. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EOXI Vigo. Inmaculada Concepción Carballo Pintos. Estudiante de Psicología Universidad de Santiago de Compostela.

Palabras Clave: Nomofobia, Teléfono inteligente, Internet

Keywords: Nomophobia, Smartphone, Internet

INTRODUCCIÓN:

Se tiende a usar el término **nomofobia** como expresión de la adicción al móvil, el miedo irracional a estar sin tu teléfono inteligente, se simplifica así por ser el dispositivo más usado en la actualidad pero no debería ceñirse solo a él; el termino nace a partir de un estudio demoscópico británico y tiene origen en la contracción del termino británico **No-mobile-phone-phobia**, vivimos rodeados de *nuevas tecnologías* y en nuestro mundo cotidiano impera la comunicación virtual lo que está causando cambios en nuestros hábitos y comportamientos; con lo que una definición más amplia y correcta sería una dependencia de la comunicación a través de entornos virtuales. Nomofobia sería la incomodidad o ansiedad causada por la no disponibilidad de un teléfono móvil, ordenador o cualquier otro dispositivo de comunicación virtual.

Según el informe ditrendia 2016, En Europa, 78 de cada 100 habitantes cuenta con un teléfono móvil inteligente (smartphone). Los teléfonos móviles inteligentes en España, representan ya el 87% del total de teléfonos, situándonos en el primer país a nivel europeo. La edad de inicio es cada vez más temprana 10-14 años de edad y los niños de 2 a 3 años utilizan habitualmente

el móvil de sus padres. Cada vez somos más dependientes de nuestro teléfono: lo comprobamos una media de 150 veces al día, dedicándole cerca de 177 minutos diarios.

Algunos de los síntomas que pueden presentar son ansiedad, taquicardia, alteraciones respiratorias, temblores, transpiración, pánico, miedo y depresión relacionados con la falta del dispositivo de comunicación virtual.

Si bien se han hecho propuestas para incluir la nomofobia en el DSM-V, todavía no está incluida como un diagnóstico específico, si bien ya se habla de adicciones comportamentales dentro del capítulo de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, no incluyen la nomofobia por considerar que faltan estudios suficientes que la avalen, consideramos que debería incluirse dada su relevancia con las debidas precauciones para no considerar como Patológicas conductas normales.⁷

Ya existe Adaptación y Validación de la Versión Española del Cuestionario de Nomofobia tanto en Estudios de Enfermería como en Medicina que facilitan el diagnóstico de comportamientos adictivos en relación con el uso de teléfonos móviles.^{1,2,3,6}

Table 1		Means, SD and item-to-total relation for the 20 items of NMP-Q (n=306)		
		M	SD	IT
1.	Me sentiría mal si no pudiera acceder en cualquier momento a la información a través de mi <i>smartphone</i> .	3.49	1.67	0.606
2.	Me molestaría si no pudiera consultar información a través de mi <i>smartphone</i> cuando quisiera.	4.02	1.71	0.614
3.	Me pondría nervioso/a si no pudiera acceder a las noticias (p. ej. sucesos, predicción meteorológica, etc.) a través de mi <i>smartphone</i> .	2.52	1.59	0.546
4.	Me molestaría si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> y/o sus aplicaciones cuando quisiera.	4.24	1.82	0.679
5.	Me daría miedo si mi <i>smartphone</i> se quedase sin batería.	2.73	1.82	0.672
6.	Me daría algo si estuviera a punto de quedarme sin saldo o de alcanzar mi límite de gasto mensual.	2.34	1.62	0.536
7.	Si me quedara sin señal de datos o no pudiera conectarme a una red Wi-Fi, estaría comprobando constantemente si he recuperado la señal o logro encontrar una red.	4.00	2.01	0.701
8.	Si no pudiera utilizar mi <i>smartphone</i> , tendría miedo de quedarme tirado/a en alguna parte.	3.55	1.89	0.515
9.	Si no pudiera consultar mi <i>smartphone</i> durante un rato, sentiría deseos de hacerlo.	3.62	1.85	0.689
10.	Me inquietaría por no poder comunicarme al momento con mi familia y/o amigos.	3.82	1.86	0.791
11.	Me preocuparía porque mi familia y/o amigos no podrían contactar conmigo.	4.12	1.77	0.673
12.	Me pondría nervioso/a por no poder recibir mensajes de texto ni llamadas.	3.58	1.92	0.835
13.	Estaría inquieto por no poder mantenerme en contacto con mi familia y/o amigos.	3.91	1.78	0.787
14.	Me pondría nervioso/a por no poder saber si alguien ha intentado contactar conmigo.	3.82	1.89	0.766
15.	Me inquietaría por haber dejado de estar constantemente en contacto con mi familia y/o amigos.	3.31	1.76	0.777
16.	Me pondría nervioso/a por estar desconectado/a de mi identidad virtual.	2.76	1.68	0.790
17.	Me sentiría mal por no poder mantenerme al día de lo que ocurre en los medios de comunicación y redes sociales.	3.11	1.79	0.751
18.	Me sentiría incómodo/a por no poder consultar las notificaciones sobre mis conexiones y redes virtuales.	3.09	1.77	0.788
19.	Me agobiaría por no poder comprobar si tengo nuevos mensajes de correo electrónico.	2.47	1.68	0.568
20.	Me sentiría raro/a porque no sabría qué hacer.	2.81	1.86	0.584

M: arithmetic mean; SD: Standard Deviation; IT: Corrected item-to-total correlation

Fig. 1 - Joaquín González-Cabrera, et al. Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents. *Actas Esp Psiquiatr* 2017;45(4):137-44

Se han hecho estudios incluyendo variables psicológicas: la personalidad, la autoestima, ... como predictores de la nomofobia, evaluándolas por medio del Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ).⁵

También se ha evaluado el patrón de uso de los teléfonos móviles y sus efectos sobre el rendimiento académico en un grupo de 554 estudiantes de odontología, a través de un cuestionario autoadministrado para recoger los datos sobre el uso y la ansiedad asociada con el teléfono móvil.

El 24.12% de los estudiantes fueron catalogados como nomofobicos y en riesgo de desarrollar nomofobia el 40.97%.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre preclínicos, clínicos, internos y postgraduados en cuanto al uso y efecto del teléfono móvil en ellos. Mostrando que aquellos estudiantes adictos a los teléfonos móviles ven afectado su desempeño académico de una manera negativa.³

Conclusión

La nomofobia es un problema emergente. Sería conveniente aconsejar a la población en general (estudiantes, profesionales,

adolescentes, padres...) acerca del uso controlado y correcto del teléfono móvil y demás tecnologías, que son solo simples herramientas que deberían facilitarnos el día a día.

Bibliografía

1. Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents. González-Cabrera J, León-Mejía A, Pérez-Sancho C, Calvete E. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017 Jul;45(4):137-44. Epub 2017 Jul 1.
2. Understanding Nomophobia: Structural Equation Modeling and Semantic Network Analysis of Smartphone Separation Anxiety. Han S, Kim KJ, Kim JH. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017 Jul;20(7):419-427. doi: 10.1089/cyber.2017.0113. Epub 2017 Jun 26.
3. Nomophobia: A Cross-sectional Study to Assess Mobile Phone Usage Among Dental Students. Prasad M, Patthi B, Singla A, Gupta R, Saha S, Kumar JK, Malhi R, Pandita V. *J Clin Diagn Res*. 2017 Feb;11(2): ZC34-ZC39. doi: 10.7860/JCDR/2017/20858.9341. Epub 2017 Feb 1.
4. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? A.L.S. King, A.M. Valença, A.C.O. Silva, T. Baczynski, M.R. Carvalho, A.E. Nardi. *Computers in Human Behavior*, Volume 29, Issue 1, January 2013, Pages 140-144.
5. Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). Argumosa-Villar L, Boada-Grau J, Vigil-Colet A. *J Adolesc*. 2017 Apr; 56:127-135. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.02.003. Epub 2017 Feb 21.
6. Adaptation and Validation of the Spanish Version of the Nomophobia Questionnaire in Nursing Studies. Gutiérrez-Puertas L, Márquez-Hernández VV, Aguilera-Manrique G. *Comput Inform Nurs*. 2016 Oct;34(10):470-475.
7. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. Bragazzi NL, Del Puente G. *Psychol Res Behav Manag*. 2014 May 16; 7:155-60. doi: 10.2147/PRBM.S41386. eCollection 2014.
8. "Nomophobia": impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. King AL, Valença AM, Silva AC, Sancassiani F, Machado S, Nardi AE. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014 Feb 21; 10:28-35. doi: 10.2174/1745017901410010028. eCollection 2014.
9. Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? King AL, Valença AM, Nardi AE. *Cogn Behav Neurol*. 2010 Mar;23(1):52-4. doi: 10.1097/WNN.0b013e3181b7eabc.

CASOS CLÍNICOS:

TAQUICARDIAS DE QRS ESTRECHO: TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA (TSVP): PRESENTACION DE UN CASO

NARROW QRS TACHYCARDS: SUPRAVENTRICULAR PAROXISTIC TACHYCARDY (TSVP): PRESENTATION OF A CASE

AUTORES: Jurjo Costa, A ¹. Jurjo Sieira, MJ.² Pardo Medín, S.³, Jurjo Sieira, A.⁴

1 Enfermera Area de Gestión de Pontevedra. 2 Enfermera Punto de Atención Continuada (PAC) de Santiago de Compostela. 3 Enfermera Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). 4 Médico de Familia PAC Casa del Mar (A Coruña).

Resumen

Las taquicardias de QRS estrecho son una entidad clínica frecuente, repetitivas, y una de las patologías cardiovasculares más relevantes en los Servicios de Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. Aunque lo más frecuente es una aceptable tolerancia clínica, en determinados pacientes puede producir inestabilidad hemodinámica y precipitar o empeorar patologías subyacentes (como insuficiencia cardiaca o cardiopatía isquémica). Las opciones terapéuticas disponibles presentan una elevada efectividad cuando se aplican bien, por lo que es fundamental llegar a un correcto diagnóstico clínico y electrocardiográfico que permita elegir el tratamiento más apropiado.

Palabras clave: Arritmia, Taquicardia, Supraventricular, QRS estrecho

Abstract Narrow QRS-complex tachycardias are one of the most frequent, repeated and common cardiovascular diseases in hospital and outpatient emergency departments. In general, clinical tolerance is good, but in some patients the disease causes haemodynamic instability and precipitates or impairs the underlying conditions (such as heart failure and ischemic heart disease). Proper application of available therapies is highly effective

Keywords: Arrhythmia, Tachycardia, Supraventricular, Narrow QRS

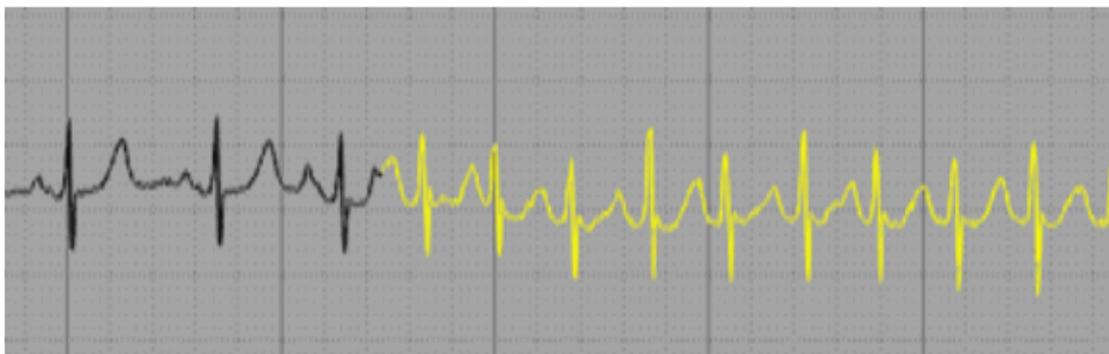


Fig. 1 : Ritmo sinusal que pasa a taquicardia intranodal

INTRODUCCIÓN: Consideramos como “taquicardias de QRS estrecho” aquellos ritmos rápidos cuya frecuencia cardíaca está por encima de 100 latidos por minuto. Generalmente este tipo de taquicardias el origen es supraventricular (es decir, por encima de la bifurcación del haz de His), salvo excepciones raras de taquiarritmias ventriculares originadas cerca del haz de His o la región septal, que poseen un QRS estrecho por conducirse cerca del sistema de conducción¹. El primer paso a la hora de diagnosticar una taquicardia de QRS estrecho es valorar la regularidad de intervalo RR: así podemos tener taquicardias irregulares o taquicardias regulares. Las taquicardias supraventriculares se caracterizan en el ECG por presentar frecuencias cardíacas elevadas, normalmente rítmicas y su principal rasgo distintivo es la presencia de complejos QRS estrechos. La taquicardia intranodal es la más frecuente de las taquicardias supraventriculares paroxísticas en corazones sanos, pudiendo representar el 60% de las mismas. Suele observarse sobre todo en mujeres en la cuarta década de la vida. Está originada por la presencia de una doble vía de conducción en el Nodo AV², una rápida y otra lenta que ante la aparición de un sobrestímulo auricular generan un mecanismo de reentrada que perpetúa la taquicardia (Fig. 1)

El diagnóstico se basa en el ECG realizado en la crisis ante la sospecha, observándose una sucesión de ondas P anormales, diferentes de las P sinusales, aunque a veces dicha onda no puede reconocerse por estar superpuesta con la onda T del latido previo. La frecuencia de los complejos QRS es similar a la auricular.

Las taquicardias regulares en las que no visualicemos actividad auricular, el siguiente paso será intentar maniobras de BAV, que se conseguirá por maniobras vagales, como el masaje del seno carotídeo, las maniobras de Valsalva o mediante fármacos bloqueadores del nódulo

aurículoventricular (NAV), como adenosina, fármaco más usado debido a su vida media corta.³

Hasta un tercio de los pacientes diagnosticados de preexcitación en un electrocardiograma pueden presentar taquicardias supraventriculares asociadas a la vía accesoria⁴

CASO CLINICO: Mujer de 55 años que acude a urgencias extrahospitalarias por presentar cuadro de palpitaciones, sin presentar disnea ni dolor torácico; refiere episodios similares anteriores autolimitados, y pendiente de estudio cardiológico. Como antecedentes personales destaca, ausencia de alergias a medicamentos e hipotiroidismo a tratamiento con Levotiroxina sódica 100 mcg 1 -0-0 y Atenolol 50 mg: ½-0-0. Resto sin interés. A su llegada se encuentra ansiosa y preocupada por las palpitaciones. En la exploración presenta TA 131/75, Saturación de O₂ de 99%, FC: 178 l.p.m. Está consciente, orientada y colaboradora. No disnea ni ortopnea. No ingurgitación yugular; no edemas maleolares ni signos agudos de flebitis ni de trombosis venosa profunda (TVP) Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos, taquicárdica. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en todos los campos, sin ruidos sobreañadidos. ECG: Ritmo regular a 178 pulsaciones por minuto con QRS normales (Fig.2)

Ante la sospecha de TSVP, se cateteriza una vía venosa periférica y se instaura una perfusión intravenosa de suero fisiológico, se mantiene la monitorización ECG, realizando maniobras vagales que resultan ineficaces, por lo que se decide la infusión rápida con 6 mg de Adenosina (flecha Fig.3),

Se instaura ritmo sinusal a 89 l.p.m. quedando la paciente totalmente asintomática (Fig. 4). La paciente es dada de alta a su domicilio y se le aconseja acudir a consultas externas de Cardiología (Unidad de arritmias)

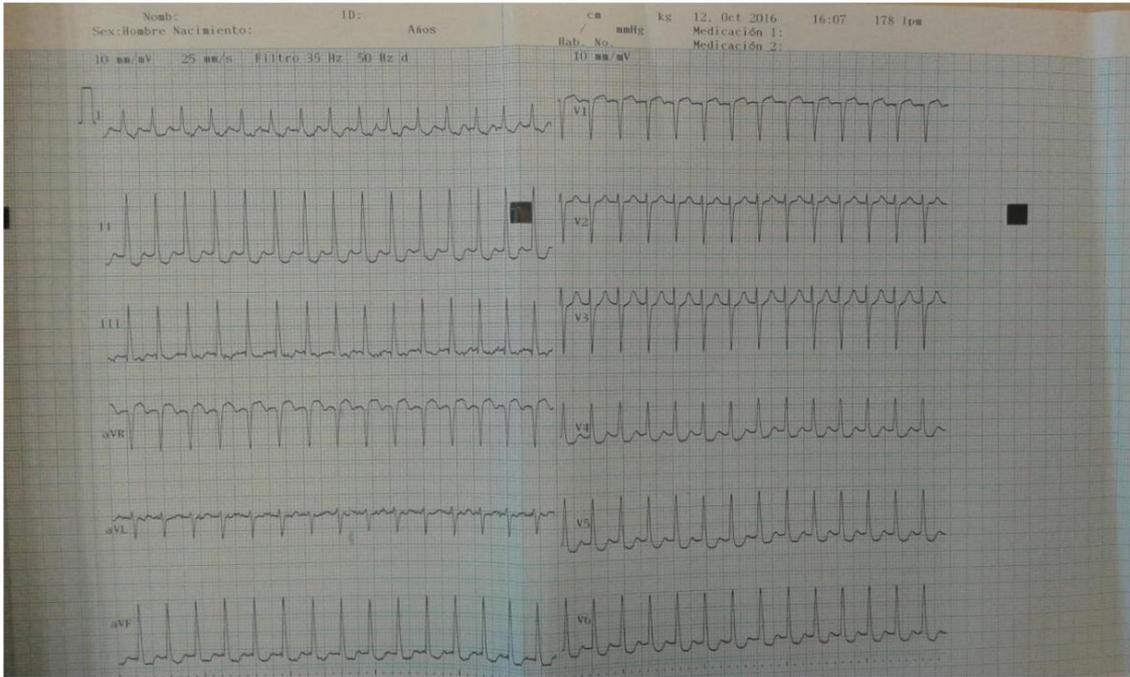


Fig. 2: Ritmo regular a 178 l.p.m.

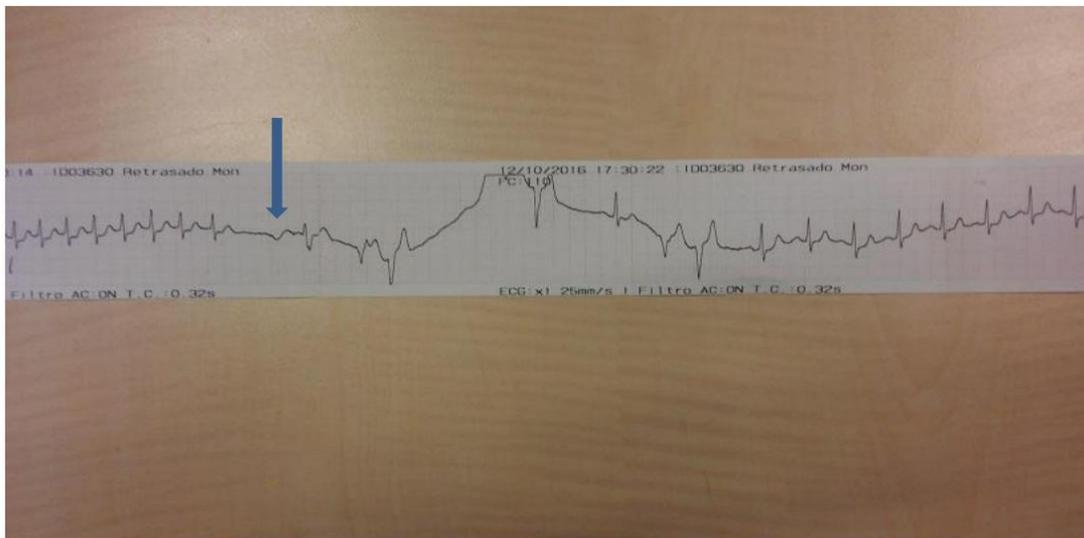


Fig. 3: Recuperación del ritmo sinusal tras administración de adenosina

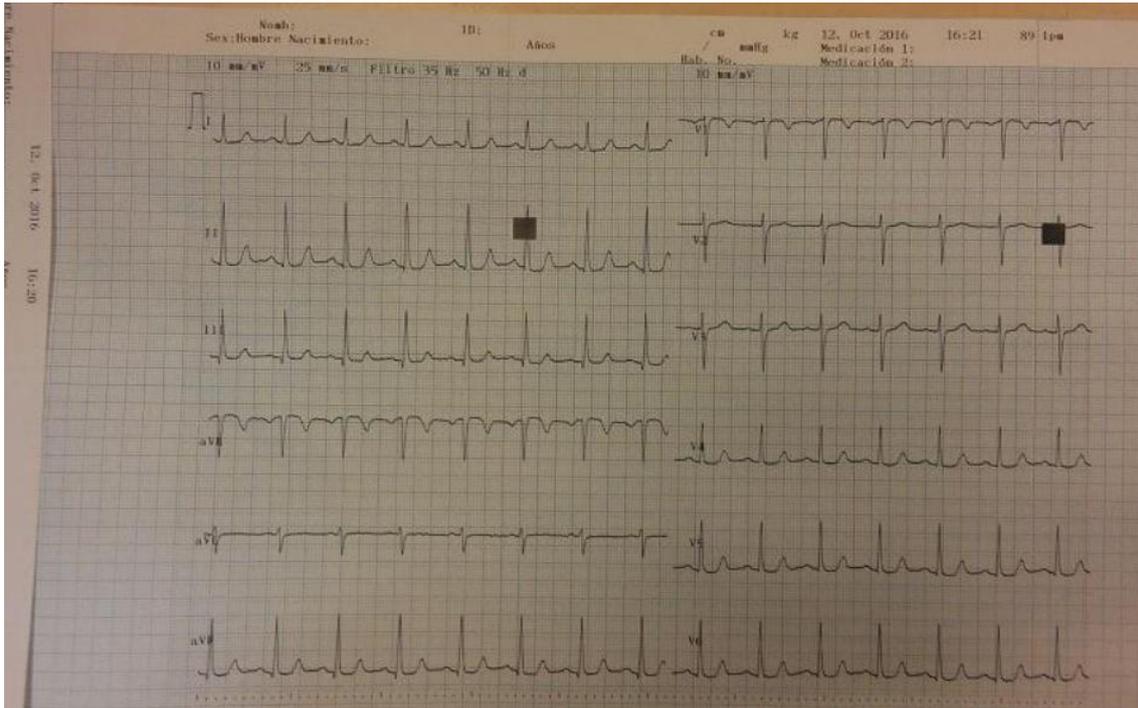


Fig. 4: Recuperación del ritmo sinusal

BIBLIOGRAFIA:

1. Villanueva Fernández et al. Medicine 2009;10(38):2592-5
2. Katritsis DG., Camm AJ. Atrioventricular Nodal Reentrant Tachycardia. Circulation 2010; 122:831 -840.
3. Iwai S,Markowitz SM,Stein KM,Mittal S, Slotwiner DJ, Das MK, et al. Response to adenosine differentiates focal from macroreentrant atrial tachycardia: validation using three-dimensional electroanatomic mapping.Circulation.2002;106:2793-9
4. Almendral J, Castellanos E,Ortiz M, Taquicardias paroxísticas supraventriculares y síndromes de preexcitación. Rev Esp Cardiol.2012;65(5):456-69

CASOS CLÍNICOS:

Manchas café con leche.

Cafe Au Lait Spots

AUTORES: Crespo Vázquez, MF¹. Rodríguez Pérez, Ana Isabel².

¹Pediatra, Servicio de Atención Primaria de Ordenes. XAP Santiago

²Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Servicio de Atención Primaria de Ordenes. XAP Santiago

Palabras clave: neurofibromatosis (NF1), gen NF1, manchas café con leche, gen SPRED1, S. de Legius.

CASO CLINICO:

En consulta programada, controles de salud del niño sano, se realiza el seguimiento de 2 hermanos, de 6 años y 20 meses de edad respectivamente, que presentan desde su nacimiento manchas café con leche que han aumentado en número a medida que los niños crecían. En la actualidad el mayor muestra 14 máculas hiperpigmentadas distribuidas por tronco [FIGURAS 1 y 2] y miembros inferiores [FIGURAS 4] y 3 máculas hipopigmentadas en tronco y pierna derecha [FIGURA 3]. El hermano menor presenta 6 máculas café con leche en tronco y raíz de muslos [FIGURAS 5 y 6]. Ambos pacientes son asintomáticos y con un desarrollo pondoestatural normal para su edad. Entre sus antecedentes familiares destaca el padre, un tío y 3 primos paternos con múltiples manchas café con leche; el padre tiene además una alteración ósea en 4º dedo de pie izquierdo.

Pregunta: ¿Cuál sería tu hipótesis diagnóstica?

- 1.- Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)
- 2.- Síndrome de Legius
- 3.- El síndrome de McCune-Albright
- 4.- Síndrome de Noonan con lentiginosis (Síndrome de LEOPARD)
- 5.- El síndrome Proteus

La exploración física de ambos hermanos es normal, incluida la exploración ocular con ausencia de nódulos de Lisch.

EL estudio genético, en ambos, muestra una mutación del gen SPRED1 que confirma la sospecha diagnóstica de Síndrome de Legius.

Síndrome de Legius

El síndrome de Legius o NF1-like, descrito en 2007 por Brems et al., es un trastorno hereditario autosómico dominante que afecta a la pigmentación de la piel. La forma de manifestación más frecuente son múltiples máculas de color café con leche (98%), con o sin efélides axilares o inguinales (30%), que van aumentando en número con la edad durante la infancia. Pueden asociarse dificultades de aprendizaje y problemas de comportamiento tipo déficit de atención/hiperactividad (TDAH), pero con un fenotipo cognitivo menos grave que la NF1.

Otras manifestaciones menos frecuentes son los rasgos dismórficos, tales como talla baja, macrocefalia (42%), facies tipo Noonan o tórax en embudo o en quilla, lipomas, máculas hipopigmentadas, lesiones vasculares, sordera, convulsiones, cefalea, polidactilia y escoliosis.

La mayoría de los casos son familiares.

En cuanto a su etiología, se produce por mutaciones inactivantes en heterocigosis en el gen *SPRED1* en el cromosoma 15q13.2, que provocan pérdida de función de una de las proteínas implicada en la vía patogénica RAS-MAPK (guanosine triphosphate-bound – mitogen-activated protein kinase), similar a la neurofibromina y, por ello, muestra similitudes clínicas con la NF1, pero con menor gravedad. Se han identificado casi 100 mutaciones diferentes en este gen y en la actualidad se desconoce la proporción de casos relacionados con mutaciones de novo.

Se cree que el síndrome de Legius afecta por igual a ambos sexos, aunque su afectación en diferentes grupos étnicos y su prevalencia es desconocida.

El diagnóstico del síndrome de Legius debe plantearse ante la presencia de manchas café con leche en pacientes jóvenes, con o sin efélides, que no cumplen otro criterio diagnóstico de NF1, y precisa de la confirmación genética de la mutación en el gen *SPRED1*.

Diversos autores insisten en destacar la importancia de diagnosticar esta entidad menos grave que la NF1. La dificultad reside en determinar cuándo y qué pacientes son subsidiarios de realizar estudio genético del *SPRED1* con o sin criterios clínicos de NF1.

En pacientes jóvenes que cumplen únicamente el criterio de NF1 manchas café con leche con/sin efélides podría ser más rentable analizar primero el *SPRED1*. Los casos familiares de manchas café con leche hacen más probable el diagnóstico de Legius, en cambio los casos esporádicos (sin antecedentes familiares) hacen más probable la NF1 por su mosaicismo. Se plantea, pues, la necesidad de reevaluar los criterios diagnósticos de NF1.

Por otra parte, al estar *SPRED1* implicado en las vías RAS, podría haber mayor tendencia a alteraciones de la angiogénesis, con malformaciones vasculares, problemas cardíacos e hipertensión arterial; y, además, está

descrito un posible riesgo aumentado de desarrollar leucemias porque el gen *SPRED1* se expresa también en células hematopoyéticas.

El conocimiento de este síndrome se basa en las manifestaciones clínicas de menos de 200 pacientes con diagnóstico molecular confirmado, lo que complica llegar a un consenso sobre las recomendaciones y seguimiento que deben seguir estos pacientes. Se estima que, para detectar posibles complicaciones a largo plazo con una prevalencia del 1%, sería necesario estudiar a 250 pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de Legius.

El diagnóstico diferencial lo realizaríamos con:

1.- La **Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)**, HAD. Se caracteriza por múltiples máculas café con leche, pecas en axilas, ingles y cuello, neurofibromas, gliomas ópticos y nódulos de Lisch. Otras características menos frecuentes son anomalías óseas (displasia ósea de tibia o pseudoartrosis), tumores de la vaina de nervios periféricos, baja estatura, macrocefalia y problemas de aprendizaje.

2.- El **Síndrome de McCune-Albright**. Se define clínicamente por la siguiente triada: displasia fibrosa poliostótica, máculas café con leche y pubertad precoz.

3.- El **Síndrome de Noonan** con lentiginosis (Síndrome de LEOPARD). Es un trastorno genético autosómico dominante caracterizado por talla baja, cardiopatía, rasgos faciales típicos, alteraciones esqueléticas y múltiples máculas cutáneas marrones oscuras o negras.

4.- El **Síndrome Proteus**. Es un trastorno congénito no hereditario muy poco frecuente, que se caracteriza por máculas color café con leche y sobrecrecimiento progresivo de esqueleto, piel, grasa y sistema nervioso central

No está bien establecido el seguimiento que precisan los pacientes con síndrome de Legius pero se aconseja que sea igual al de los pacientes con NF1 aunque con una vigilancia menos estricta. Se debería considerar la terapia farmacológica para las manifestaciones de la conducta asociadas al trastorno TDAH, siendo recomendable la terapia física, la logopedia y la terapia ocupacional para aquellos con retraso en el desarrollo, así como el apoyo educativo para quienes presenten dificultades de aprendizaje. También se recomienda la medida periódica de la tensión arterial.

Dado que el síndrome de Legius sigue un patrón de herencia autosómico dominante se debe proporcionar asesoramiento genético a las familias afectadas (diagnóstico prenatal).

Como conclusión hay que destacar la importancia del diagnóstico diferencial de NF1, con las numerosas complicaciones que puede conllevar, con una entidad recientemente descrita, asociada en general a una clínica más leve y de mejor pronóstico, como es el síndrome de Legius.

FIGURAS

Figura 1. Manchas café con leche en tronco.



Figura 2. Manchas café con leche e hipopigmentadas en tronco.



Figura 3. Manchas hipopigmentadas y café con leche en pierna.



Figura 4. Manchas café con leche en pierna.



Figura 5. Manchas café con leche en raíz de muslos.



Figura 6. Manchas café con leche en tronco.



Bibliografía:

- 1.- Brems H, Chmara M, Sahbatou M, Denayer E, Taniguchi K, Kato R, et al. Germline loss-of-function mutations in SPRED1 cause a neurofibromatosis 1-like phenotype. *Nat Genet* 39 (1120-6) 2007
- 2.- Cemeli-Cano M, Peña-Segura J.L, Fernando-Martínez R, Izquierdo-Álvarez S, Monge-Galindo L, López-Pisón J. Un nuevo síndrome neurocutáneo: síndrome de Legius. A propósito de un caso
Rev Neurol 59,05 (209-212) 2014.
- 2.- Duat Rodriguez A, Martos Moreno G.A, Martín Santo-Domingo Y, Hernández Martín A, Espejo-Saavedra Roca J.M , Ruiz-Falcó Rojas M.L, Argente J. Características fenotípicas y genéticas en la neurofibromatosis tipo 1 en edad pediátrica. *An Pediatr* 83(173-82)2015
- 3.- Brems H, Pasmant E, Van Minkelen R, Wimmer K, Upadhyaya M, Legius E, et al. Review and update of SPRED1 mutations causing Legius syndrome. *Hum Mutat* 33 (1538-46) 2012
- 4.- Messiaen L, Yao S, Brems H, Callens T, Sathienkijkanchai A, Denayer E, et al. Clinical and mutational spectrum of neuro - fibromatosis type 1-like syndrome. *JAMA* 302 (2111-8)2009
- 5.-Pasmant E, Ballerini P, Lapillonne H, Perot C, Vidaud D, Leverger G, et al. SPRED1 disorder and predisposition to leukemia in children. *Blood* 1131 (114-5) 2009.

CASOS CLÍNICOS:

TRAUMATISMO FACIAL DE REPETICIÓN

REPEAT FACIAL TRAUMATISM

AUTORES: Rodríguez Pérez, AI¹. Crespo Vázquez, MF². Merayo Rodríguez, H².

¹Médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Servicio de atención primaria de Ordenes. XAP Santiago. ²Pediatra, Servicio de atención primaria de Ordenes. XAP Santiago.

³Diplomada universitaria en enfermería.

Palabras clave: parótida, parotiditis, purulenta.

Key words: parotid, mumps, purulent.

CASO CLINICO: Paciente de 5 años y 10 meses con antecedente de 2 traumatismos faciales contusos en los 10 días previos. A pesar del tratamiento antiinflamatorio que se instaura desde el principio, refiere dolor muy intenso. A la exploración física destaca tumefacción y hematoma en región temporomandibular izquierda con apertura bucal limitada por el dolor y buen estado general. No fiebre ni aspecto séptico. [FIGURA 1]



Pregunta: ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

- 1.- ¿Fractura de articulación temporomandibular?
- 2.- ¿Celulitis facial?
- 3.- ¿Parotiditis Purulenta?
- 4.- ¿Sialoadenitis litiásica?

La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia y leve ascenso de PCR. La RX temporomandibular descarta fractura. La RMN de cara y cuello revela cambios inflamatorios en la glándula parótida izquierda con área central de 2 cm de aspecto quístico/necrótico. Conducto de drenaje indemne. Adenopatías reactivas en cadenas cervicales. [FIGURA 2: ECO PARÓTIDA]

Se realiza drenaje con extracción de 2 ml de contenido purulento. El resultado del cultivo es: Streptococcus anginosus. Se completa el tratamiento con 14 días de antibioterapia intravenosa con cefotaxima y clindamicina. La ECO post-tratamiento muestra un área hipocóica de 13x10 mm sugerente de absceso con contenido denso. Se decide alta hospitalaria, dado el buen estado general del paciente y la desaparición de la clínica, y se pasa a antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico. El control ecográfico, 10 días después del alta, muestra una parótida de tamaño normal con un área hipocóica de 9.2x6.8 mm.

Parotiditis aguda purulenta

La glándula parótida es la glándula salivar de mayor tamaño. Está contenida en la fosa retromandibular, y limita con la rama ascendente de la mandíbula y el músculo masetero, el conducto auditivo externo, el cigoma y el músculo esternocleidomastoideo. Drena en la boca a través del conducto de Stenon a la altura del 2º molar superior. Tiene una relación muy importante con el nervio facial, que se divide en su espesor en sus cinco ramas distales.

La infección bacteriana aguda de la glándula parótida (GP) puede resultar de dos mecanismos fisiológicos principales: primero, por contaminación retrógrada por gérmenes de la flora oral; segundo, por estasis del flujo salival que propicia la proliferación bacteriana. Por otra parte, contribuye a la predilección de las infecciones por la GP el que la saliva producida en ella sea principalmente serosa, mientras que las glándulas submaxilar y sublingual secretan saliva mixta con elementos protectores (Ig A, lisosomas, anticuerpos, mucina y ácido siálico...). También influye la localización anatómica del conducto de Stenon, que corre paralelo y horizontal a las coronas de los molares superiores; mientras que el conducto de Wharton yace en el piso de la boca, dónde la lengua, con su movimiento, puede prevenir la estasis salival, reduciendo el índice de infección.

La parotiditis aguda purulenta (PAP), a diferencia de la parotiditis viral, suele ser unilateral y se observa en pacientes inmunodeprimidos, ancianos, tras cirugía o con factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la infección: la hiposialia secundaria a cálculos y estenosis ductales, traumatismos faciales u ortodancias, diabetes, sida y tratamiento con fármacos que inhiben o disminuyen la salivación.

La vía de infección más habitual es la ascendente canalicular, con una etiología polimicrobiana con predominio de *Staphylococcus aureus*, estreptococos y

bacterias anaerobias (*Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp. y *Peptostreptococcus* spp.). En pacientes hospitalizados predominan las enterobacterias (*Escherichia coli* o *Klebsiella pneumoniae* e inusualmente por *Salmonella* no Typhi). Las parotiditis producidas por vía hematógena son, por el contrario, monomicrobianas.

Clínicamente, puede manifestarse de forma brusca o progresiva con fiebre, dolor parotídeo exacerbado por la masticación, xerostomía y en ocasiones trismus. La exploración muestra tumefacción parotídea bajo una piel eritematosa o violácea adherida a los planos profundos. El conducto de Stenon puede aparecer enrojecido dejando salir una saliva mucopurulenta. La parálisis facial es rara, pero posible. En raras ocasiones el paciente tiene aspecto tóxico.

El diagnóstico se sospechará por la historia clínica y los factores predisponentes previos. Es recomendable el cultivo con antibiograma para determinar el agente causal y la terapia más favorable. Las pruebas de imagen utilizadas habitualmente son la ecografía, RMN y/o TAC. Nunca se debe realizar sialografía en el período agudo.

En cuanto al tratamiento, la antibioterapia de amplio espectro vía parenteral es habitualmente eficaz, junto con antiinflamatorios, higiene bucal meticulosa y, en pacientes en mal estado, hidratación y corrección del balance electrolítico. Suministrar alimentos que estimulen la salivación, tales como el limón ácido, y estimular el drenaje mediante masaje manual de la parótida afectada, son las medidas de sostén más recomendadas. Cuando aparecen signos de supuración se impone el drenaje. Algunos autores proponen la aspiración mediante aguja guiada con TAC o ecografía. Otros prefieren una pequeña incisión horizontal estrictamente cutánea seguida de una dislaceración subcutánea cuidadosa para no poner en riesgo al nervio facial. Dada la escasez de casos publicados, la duración del

tratamiento antibiótico se decide en función de la respuesta clínica; cabe también la posibilidad de optar, tras un periodo inicial de mejoría, por continuar el tratamiento por vía oral.

La evolución de estos procesos con una antibioterapia adecuada es hacia la curación, pero ante una inmunidad deficiente o una mayor virulencia del

germen podemos encontrarnos como complicaciones más frecuentes, aunque raras: extensión contigua de la infección hacia el conducto auditivo externo, mediastinitis, sepsis, osteomielitis de la mandíbula y/o la articulación temporomandibular, septicemia en el recién nacido y obstrucción de la vía aérea superior, principalmente en caso de PAP bilateral.



BIBLIOGRAFÍA

1. Chir.uah.es/pregrado/docs/tema_24_patologia_glandulas_salivales.pdf
- 2.- Ospina A, Felipe Del Valle A, Felipe Naranjo R. Inflamación de glándulas salivales, revisión bibliográfica. Rev Fac Odontol Univ Antioquia. 15,1 (1-12) 2003.
- 3.- Benito-González F, García-García M, García-Sánchez J. Absceso parotídeo bacteriano. Enferm Infecc Microbiol Clin.26,1(65-66)2008.
- 4.- Avila M, Rivera C, Odio C, Faingezicht I. Parotiditis purulenta. Acta Paediatr Costarricense. 9,2 (81-82)1995.
- 5.- Puig Salvador S, Martínez Subías J. Parotiditis aguda supurada. Med Gen. 33 (359-360)2001.
- 6.- Lahoz Zamarro MT, Fernández Alamán A, Mezquita Miriam M, Domínguez Laura O. Infecciones parotídeas supuradas de distinto origen. ORL Aragón. 15,2 (9-12)2012.
- 7.- Criado Vega E, Cuesta Rubio MT, Peláez Laguno C. Parotiditis aguda. Guía ABE.Parotiditis aguda.1(1-4)2010.

HUMANIDADES:

Médicos gallegos Ilustres II. El General Gómez Ulla: Cirujano total.

Illustrious Galician doctors II. General Gómez Ulla: Total Surgeon.

AUTORES: Fernando J. Ponte Hernando¹, Sara Mosquera Pedreiro*, Ramón M^a Orza Muñiz**.

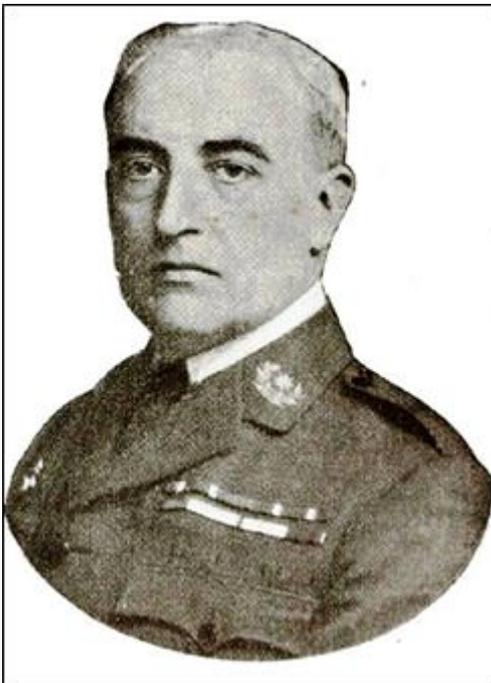
¹DOCTOR EN MEDICINA Y EN HISTORIA DE LA CIENCIA. PEDIATRÍA. C.S. RIBEIRA. *ALUMNA DE 6º DE MEDICINA. ROTATORIO. C.S. RIBEIRA. **D.U.E. ALUMNO DE 6º DE MEDICINA. ROTATORIO. C.S. RIBEIRA.

Lo importante no es lo que se tiene, sino lo que se da; no es lo que se sabe sino lo que se enseña; no es lo que se puede hacer, sino lo que se hace.

Mariano Gómez Ulla

INTRODUCCIÓN

Mariano Gómez Ulla nació en Santiago de Compostela, el 6 de noviembre de 1877 en el número 12 de la Travesía de San Pedro, imponiéndosele en la pila bautismal de la cercana Iglesia de San Pedro, los nombres de Mariano Severo de Jesús.



Es un hecho singular que quién llegaría a ser cirujano de la Casa Real y Gentilhombre de Cámara de S.M. Alfonso XIII, naciese apenas a unos centenares de metros, de donde lo hicieron sus compañeros en la misma: el

Coronel Médico D. Ricardo Varela y Varela, decano de los médicos de Cámara en 1931, y el Dr. López Elizagaray, también médico de Cámara y, brevemente, de la Armada y maestro de numerosas generaciones de Médicos en la Beneficencia madrileña.

Hizo el bachillerato en el Instituto de Santiago, dirigido en aquellos años por su abuelo materno, D. Manuel Ulla Ibarzábal (D. Manuel Ulla Ibarzábal fue director del Instituto desde el 24 de enero de 1885 hasta el 18 de Julio de 1898 en que fue sustituido por D. Cándido Ríos Rial. Vid. Casado Blanco, C; Enríquez Salido, M^a R; Véliz Carril, M^a I. (Coords). (1997) Instituto Xelmírez, pasado e presente (1845-1995). A Coruña. Ed. Diputación Provincial. P.119.), que luego sería catedrático de matemáticas de la Universidad. Después, Mariano cursó su carrera en la Facultad de Medicina de la ciudad del Apóstol, con destacadas calificaciones. El ejemplo de sus maestros, los médicos de Rosalía de Castro, Maximino Teijeiro y, sobre todo Timoteo Sánchez Freire, eximio cirujano, de quién fue alumno interno, le inclinó decididamente hacia la cirugía. Él mismo lo reconoció en su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina:

Desde los primeros años de la carrera sentimos afición por esta disciplina que nos cautivó al terminarla, por haber tenido la suerte de ser ayudante de un inolvidable maestro y gran cirujano de aquella época, el doctor Sánchez Freire.

Como muestra de lo anterior, cabe destacar que el 21 de junio de 1899 recibió la

calificación de Sobresaliente y Premio, hoy Matrícula de Honor, en Clínica Quirúrgica II, al desarrollar el tema: "Patogenia, diagnóstico y tratamiento quirúrgicos de los quistes de hígado". Defendió su trabajo, ante el Tribunal compuesto por los profesores: Sánchez Freire, Piñeiro Pérez y Romero Molezún.

Sanidad Militar.

Ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con el número uno de su promoción en 1899, seguido de D. Rafael Fernández y Fernández, de La Coruña.

Este hecho fue publicado, siendo muy elogiados por ello, en el Boletín de Medicina y Cirugía, órgano de los alumnos internos, de la Facultad de Medicina de Santiago, el 15 de octubre de 1899. (*Bol. Med. y Cir.* p.23.)

El Dr. Dimas Romero Vázquez, también médico militar, afirma que hubo empate en puntuación entre ambos que fue resuelto a favor de Gómez Ulla, por ser unos dos años mayor. No podemos confirmar ni negar este aserto.

Gómez Ulla destacó tanto desde el punto de vista organizativo como del científico-asistencial. Todo ello le condujo, desde muy pronto, a ser un distinguido cirujano tanto militar como civil, reconocido unánimemente por la Sociedad española.

Algunas contribuciones y hechos que confirman su talla son:

1.- El hecho de ser el cirujano de la familia Real de Alfonso XIII y su gentilhomme de Cámara. Operó a la propia Infanta María Cristina en las últimas semanas del reinado de Alfonso XIII.

2.- Que destacadas personalidades de la aristocracia, de la sociedad civil y de la ciencia como Roberto Nóvoa Santos lo eligiesen como cirujano en trances graves de su vida. Nóvoa, sospechando que tenía un cáncer gástrico, se puso en sus manos rogándole hiciese una resección amplia, aunque tuviese el riesgo de dejar su vida en el quirófano. Lamentablemente Gómez Ulla

y sus ayudantes, encontraron un tumor pilórico ampliamente metastatizado y poco pudieron hacer por la vida del sabio patólogo e intelectual gallego, que falleció a los pocos meses.

Nóvoa, poseedor de una amplia fortuna personal gracias a su consulta y a sus publicaciones, en especial a su Manual de Patología general que fue libro de texto durante años de casi todas las Facultades de Medicina Iberoamericanas, bien podía haberse permitido operarse con cualquiera de los grandes cirujanos europeos y se confió, sin vacilar a su paisano santiagués.

3.-Que le fuese concedida, por el presidente de la II República, la Gran Cruz al Mérito Militar, reservada a Generales, cuando aún era Teniente Coronel. Esta condecoración fue sufragada, en su versión con brillantes, por suscripción de 180.000 militares españoles de todas las graduaciones, como agradecimiento a su destacadísima labor, salvando miles de vidas en la guerra de África. El mucho dinero sobrante se donó a obras de Caridad.

4.-Que se le convocase para participar en trabajos como el libro-homenaje al gran cirujano monfortino, no formado en Santiago sino en Madrid, José Goyanes Capdevila, con motivo de su investidura de este como Doctor Honoris Causa por la Universidad de Burdeos. En él figura la firma de Gómez Ulla, al lado de la de sabios de primer nivel como Santiago Ramón y Cajal, Gregorio Marañón o los profesores Pasteur Vallery-Radot, Del Río Hortega, Jiménez Díaz o los Hermanos Mayo, los famosos cirujanos de la Clínica de Rochester (Minnesota), fundada por su padre, que lleva su nombre, entre muchos otros.

En 1903 gana la oposición de acceso al prestigioso Cuerpo Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid, compartiendo esta dignidad con muchas de las grandes figuras de la época como los Dres. Madinaveitia, López Elizagaray, Espina y Capó, y tantos otros. También fue Jefe de Cirugía del Sanatorio Hispano Americano, Hospital de Montaña en Guadarrama,

preferentemente antituberculoso y creador y director del Equipo Quirúrgico del Ayuntamiento de Madrid.



Fig 2. Gran Cruz del Mérito Militar de Oro y Brillantes. Nótese la corona mural republicana (Museo del Ejército).

OBJETIVO

Algunas de sus realizaciones son conocidas, otras no tanto y algunas ignoradas casi por completo. Nos proponemos hacer una breve revisión de todas ellas, con el doble objetivo de recordar su memoria y hacerlo llegar a las jóvenes generaciones de médicos y sanitarios.

MÉTODO

En primer lugar, hemos revisado fuentes primarias como el Expediente personal de Gómez Ulla en el Archivo Histórico de la Universidad de Santiago de Compostela y su Hoja de Servicios del Archivo Histórico Militar de Segovia. Del mismo modo procedimos a una revisión exhaustiva de sus publicaciones propias en Revistas médicas civiles y militares, libros y algún que otro medio, hasta un total de 24.

En cuanto a las fuentes secundarias, hemos revisado archivos en formato digital y en papel. Para ello, hemos realizado un estudio exhaustivo de datos biográficos y

obra en las siguientes bases de datos, fuentes hemerográficas y repositorios: Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España (Prensa general y Revistas Médicas y de Sanidad Militar), Biblioteca Virtual de Prensa Histórica del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, La Biblioteca digital Gallega Galiciana, Hispana, Europea y Galicia Clínica, Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero, Biblioteca Histórica de la Fundación Uriach, Índice Médico Español, Indexcat (NLM), Medline/PubMed (History of Medicine), Dialnet. Así como las hemerotecas de las colecciones completas de ABC y Blanco y Negro y La Vanguardia.

RESULTADOS

Fue nombrado observador, con rango diplomático, por el gobierno español en la I Guerra mundial, en la que visitó el frente alemán y, con más intensidad el francés, donde tuvo ocasión de conocer y operar con ellos, a personalidades de la cirugía como Gosset, Leriche y Enrique Finocchietto el gran cirujano argentino formado en Europa.

Posteriormente, tras realizar un exhaustivo informe sobre lo aprendido en este conflicto bélico, diseñó el hospital quirúrgico de montaña a lomos de mulos que describiremos a continuación.

En la guerra de África por este logro que consiguió reducir los tiempos asistenciales y quirúrgicos se convirtió en una auténtica celebridad nacional salvando miles de vidas. La guerra civil española le sorprende en Madrid donde opera en el Hospital Militar de Carabanchel y, cuando el frente se acerca a este, bajo el lucernario del Hotel Palace, pues las faltas de luz eléctrica eran frecuentes.

Fiel monárquico, desencantado de lo que veía en el Madrid republicano, trato de pasarse al bando nacional, siendo descubierto y encarcelado, estando a punto de morir fusilado. La negociación y, sobre todo la presión internacional en su favor, en particular de las sociedades científicas francesas, consiguió, al final de la guerra, en noviembre de 1938, que fuera canjeado en

la frontera gala por el Dr. Bago, destacado médico socialista.

Tras sufrir un breve expediente de depuración del que salió absuelto, fue ascendido al generalato y poco después asumió la Inspección general de Sanidad militar, máximo rango, equivalente a general de división y la presidencia del Consejo General del Colegio de Médicos de España.

Uno de sus más queridos logros fue sostener el Colegio para huérfanos de médicos, que cuidó con verdadero mimo. Fue escogido numerario de la Real Academia Nacional de Medicina en 1942 en la que ingresó con el discurso: La Cirugía en la Guerra, que fue contestado por el Dr. Enrique Slocker de la Rosa.

Casado por segunda vez tras enviudar, no tuvo descendencia. Murió en 1945 de un fallo renal por grave enfermedad que arrastraba desde su duro cautiverio durante la guerra civil.

Enumeramos sus logros y actividades más destacadas:

1.- Convencido de la necesidad de acercar el quirófano al herido en la guerra en movimiento, Crea el Hospital Quirúrgico de Montaña Transportable a lomos de mulos. Constaba de:

Grupo operatorio, Alojamiento hecho con madera de persiana enrollable, 5 tiendas de hospitalización con capacidad para unas 100 camas, 2 tiendas cuadrilongas 6x6 m, Esterilización y 2 de limpieza de heridas más Clasificación y Farmacia.

Todo transportable en módulos desmontables en 55 a 60 mulos. Es conocido el éxito extraordinario que tuvo este diseño en el salvamento de vidas en las escarpadas montañas magrebíes durante la Guerra de África, que le valieron a Gómez Ulla el reconocimiento general del Ejército y de toda España.

2.- Propone como Unidad el Grupo Quirúrgico de Campaña con estas características:

Transporte en automóvil de gran movilidad
Fácil manejo

Equipo Quirúrgico y rayos X.

Medios propios Iluminación, esterilización y calefacción.

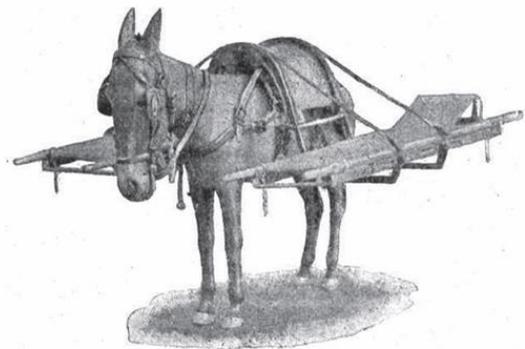
Personal: 25 hombres incluyendo mecánicos conductores y sanitarios.

2 radiólogos y 2 auxiliares.

2 equipos quirúrgicos con cirujano, 2 ayudantes, anestesista, practicante y 2 enfermeras.

Farmacéutico y practicante.

Dada su condición de hospital "a lomos" se echa en falta la adscripción al equipo de algún veterinario militar que velase por la buena salud y perfecta operatividad de los imprescindibles semovientes. Probablemente iban integrados en las unidades militares acompañantes, en labores de Higiene y Bromatología.



Modelo de camilla Artola (Antón, C (1917) Camilla Artola. Rev. de San. Mil. Año VII. Núm. 8. 15 de abril. Pp 221 – 227.)

3.- Diseña y establece las instrucciones de manejo de la primera tarjeta de Diagnóstico, Triage y Evacuación de que tenemos noticia. La primera referencia de esta tarjeta la tenemos en la Revista de Sanidad Militar de 15 de septiembre de 1921, (pg. 557) en la que se expone que se trata de las Instrucciones referentes al modo de emplear la tarjeta de diagnóstico que, por indicación del comandante D.

Mariano Gómez Ulla, va a ser empleada por las tropas de África.

En este sentido se indica lo siguiente:

“Llenar todas las indicaciones que se piden. En caso de herida leve, separar la banda roja que indica la gravedad. De los cuatro semicírculos rojos, que sirven para marcar el asiento de la lesión, solamente se dejará unido el que corresponda a la parte del cuerpo herida; y en caso de que fuesen varias las lesiones, se dejarán todos los correspondientes a aquellas. Para los enfermos se puede emplear la tarjeta, separando los cuatro semicírculos rojos y dejando o no la banda roja, indicadora del pronóstico.

Aclaraciones: Los heridos de guerra no se deben clasificar en el campo de batalla más que en graves y leves; por lo tanto, basta con una sola banda para indicarlo. Los cuatro semicírculos rojos referentes a las cuatro partes principales del cuerpo, se nos ocurre pueden ser útiles en los casos de gran aglomeración de heridos, permitiendo darse cuenta rápidamente de la clase de lesiones que predominan; servirán también para indicar la existencia de lesiones múltiples que no pueden consignarse por escrito por falta de espacio; será una indicación cuando el diagnóstico no sea legible, por mal escrito o porque se haya borrado y, por último, en los casos de apuro en que el médico no tenga tiempo o no lo haya, los mismo Practicantes pueden llenar la tarjeta, enviando los heridos a retaguardia con un dato de cierto interés.”

Esto fue modificado parcialmente en las Instrucciones generales para el Servicio de Cirugía que redactó Gómez Ulla, actuando como secretario su colaborador el Dr. D. Leandro Martín Santos--padre de Luis, el famoso escritor y Psiquiatra, autor de la famosa novela *Tiempo de silencio*--. Fueron publicadas en la Revista de Sanidad Militar de 15 de enero de 1922.

En ellas se insiste en la cobertura de la tarjeta señalando que:

Sólo circunstancias extraordinariamente excepcionales podrán disculpar que no sea empleada. Deben llenarse todas las indicaciones que se piden para los heridos, referentes al uso o no de suero antitetánico. Y los semicírculos han sido sustituidos por triángulos rojos, dejándose sólo el correspondiente a la parte del cuerpo herido y, si las lesiones fueran múltiples, todas las correspondientes a dichas partes. La banda roja se quitará para los leves y se dejará para los graves. Para enfermos se quitarán los cuatro triángulos rojos y se dejará sólo la banda roja según sea grave o no. La tarjeta se fijará en un botón u ojal de las prendas de vestir del uniforme del herido o enfermo o sobre el propio apósito a fin de que sea fácilmente visible.

La que pudiera ser primera tarjeta de triage de la historia la mostramos en la figura siguiente:

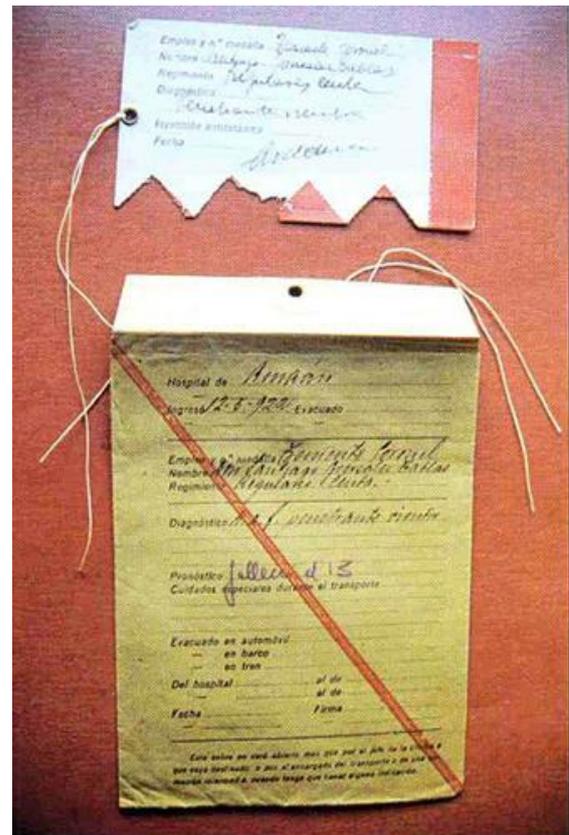


Fig. 3. Vemos que permanece el triángulo correspondiente a Herida abdominal y la banda roja de enfermo grave. Es la tarjeta de evacuación del héroe de Regulares, Tte.Col. González Tablas. (1922) que, gravemente herido, murió al llegar al quirófano de Gómez Ulla. (Diz Rodríguez, M.R.; Zumaquero Obispo, C; Arana Rueda, A; Sánchez-Cruzat Borau, A; Ruiz Seguí, A. (1998). El Teniente Coronel González

Tablas, héroe de Regulares. Fue operado por Gómez Ulla tras ser herido en Tazarut. (1922). *Medicina Militar*. Vol. 54 (6). pp 368-372.)



Equipo quirúrgico dispuesto para intervenir.

Fig (4) Equipo quirúrgico perfectamente preparado en el Hospital de Montaña



Emplazamiento regular del Hospital quirúrgico de montaña.

Hospital Quirúrgico de Montaña (Si se considera que toda la estructura citada se transportaba en 50 o 60 mulos, montándose y desmontándose en pocas horas, se puede valorar la importancia de este sistema de apoyo al combatiente.)

4.- Es uno de los precursores de la raquianestesia en España, según diversos autores, como Franco Grande y cols. y otros como Victoria Gonzalo et al. que han estudiado el tema. Sus discípulos han publicado grandes series de intervenciones practicadas por Gómez Ulla, ya desde 1913, en las que realizó modificaciones sobre el anestésico a utilizar, explicando los pros y los contras de técnicas y sustancias (ver bib. Herrer 1919), logrando al final la que llamaron "ampollas Raquí" con estovaína y sulfato de estriquina en vehículo acuoso hipertónico. Herrer lo llama *fórmula Gómez Ulla-- Cambronero*.

En 1919 había descrito ya 1.200 casos de anestesia raquídea, sin mayores contratiempos, en todo género de intervenciones infradiafragmáticas, con los Dres. Herrer e Iñigo, y el Farmacéutico militar Cambronero.

Todo ello fue realizado con anterioridad a que su discípulo Fidel Pagés publicase su trabajo de 1921 "Anestesia Metamérica", base de la instauración mundial de la anestesia epidural. Pagés logró esta técnica no penetrando el espacio subdural, salvando así algunos obstáculos de los que pudo tener conocimiento inmediato por los trabajos de Gómez Ulla y sus colaboradores.

5.- Preconiza, desde su experiencia propia, la movilización no sólo precoz sino "Activa inmediata", según el método de Willems de las lesiones articulares traumáticas y de las artritis supuradas. Esto, en 1919, fue algo muy novedoso, en una época en que los cirujanos ortopédicos eran proclives a largas inmovilizaciones.

6.- Sienta indicaciones para el tratamiento cruento de las fracturas cerradas explicando las ventajas de esto para el manejo postoperatorio. Manifiesta que, en fracturas articulares, la buena estática y dinámica articular reclaman una reducción lo más correcta posible.

7.- Diseña una placa para las fracturas transversas diafisarias sobre la cual ciñe una cinta de Putti-Parrham.

8.- Estudió el asunto y propuso la botella potabilizadora alemana para el agua de bebida en campaña.

9.- Con su presencia activa en los frentes de África, (donde fue condecorado por los franceses) I y II Guerras Mundiales, mantuvo contacto con los más prestigiosos cirujanos civiles y militares de toda Europa.

10.-Mariano Gómez Ulla era un genuino representante de la Escuela Médica Compostelana. Esta se caracterizaba

porque sus miembros eran clínicos eminentes, pasados por el crisol de siglos. Recibieron experiencias médicas de todo el orbe debido al contacto con todos los viajeros, tanto médicos, algunos famosos traídos por arzobispos como Gelmírez; como enfermos llegados por el Camino de Santiago. No obstante, eran médicos poco dados a escribir sus experiencias. (Baltar)

A tal punto es esto cierto que D. Juan Barcia Caballero, abuelo del Dr. Barcia Goyanes, que junto con Miguel Gil Casares y Roberto Nóvoa Santos, fue uno de los pocos que incumplió esta norma; denominaba, con profundo desconsuelo, a esta tendencia: “La idiosincrasia antipublicista de mis compañeros de claustro”, en especial refiriéndose a su maestro, compartido con Gómez Ulla, Timoteo Sánchez Freire, desesperándole el que este no diese a conocer su mucha sabiduría clínica. También se quejó de ello en la propia necrológica de Maximino Teijeiro. (Véase nuestra biografía de Sánchez Freire).

Este hecho es extensivo a otros maestros de esta Escuela trasladados a Madrid, como López Elizagaray y Varela Radío. Este último fue uno de los catedráticos de tocoginecología más importantes de la primera mitad del siglo XX, que creó una Escuela obstétrico-ginecológica más que notable, con discípulos catedráticos como Alejandro Otero, en Granada y Morillo Uña en Santiago, entre otros. Sin embargo, casi no publicó nada. (Olagüe). No obstante, aunque en la bibliografía aportamos pruebas de que Gómez Ulla, aunque no fue, efectivamente, un gran publicista médico, influenciado sin duda por lo explicado antes, tiene una obra notable que, en buena parte, no ha sido descrita hasta ahora. Probablemente, además, omitimos alguna publicación que no hayamos localizado por el momento.

CONCLUSIONES:

1. Varios autores aficionados como José María Gómez-Ulla y Lea, coronel médico, que se crió con su tío Mariano, como si fuera su hijo, por lo que hay que leer su biografía con cautela, dado su apasionamiento por su figura, y A. Balaústegui, meritorio y prolífico escritor sobre sanidad militar, califican de escasísima la producción científica de D. Mariano. Nosotros creemos que no se ha considerado apropiadamente al autor en su contexto. Tampoco que se hayan recogido o encontrado suficientes datos de su obra.
2. Gómez Ulla es el arquetipo del Médico Militar, por haber conseguido, de modo destacadísimo, aunar ambas facetas, la de jefe organizador y la de cirujano eminente. Fue, por ello, homenajeado por el pueblo y el Ejército y condecorado por la Monarquía, la Dictadura de Primo de Rivera, la II República y el Régimen de Franco.
3. Se Mantuvo al día en todos los aspectos científicos de su incumbencia: Planificación, Cirugía, Anestesia, Rehabilitación y Medicina Preventiva, con aportaciones valiosas y vanguardistas.
4. Cuando aún vivían médicos militares de generaciones anteriores, que habían alcanzado cotas de elevado prestigio, cátedras y sillones de Academias, Gómez Ulla destacó por encima de todos ellos, dejando, como auténtico maestro, una Escuela quirúrgica de discípulos formados a su imagen y semejanza, los Dres: Iñigo, Gómez Durán, Herrer, Martín Santos etc. que continuaron con su legado.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes Primarias

1.-Manuscritas

Gómez Ulla, M. A.H.U.S. (1892-1899) Legajo nº 550 Expediente 17.

Gómez Ulla, M. Archivo Histórico Militar de Segovia, Expediente personal.

2.- Iconográficas:

Archivo Prof. Dr. D. Fco. Gómez-Ulla de Irazazábal.

Museo Histórico del Ejército. Toledo.

3.-Publicaciones de D. Mariano Gómez Ulla

1.- Gómez Ulla, M. (1909). *La desinfección en el Ejército*. Madrid. Universidad Central. Tesis Doctoral. Leída y defendida el 31 de marzo.

2.-Gómez Ulla, M. (1909b). *Profilaxis y desinfección*. Capítulo VIII del libro Higiene Militar (Lecturas para oficiales) Dir. Médico Mayor. Dr. A. Cabeza Pereiro. Madrid. Escuela Superior de Guerra.

3.-Gómez Ulla, M. (1913). Tienda Hospital, Sistema Gottschalk. *Rev. San. Mil.* Año III. Nº 1. Madrid. 1 de enero.

4.-Gómez Ulla, M. (1913b). Estadística operatoria del Hospital Militar de Carabanchel. *Rev. San. Mil.* Año III. nº 14. 15 de Julio. Pp. 441-446.

5.-Gómez Ulla, M. (1913c). La Enseñanza de la Cirugía de Guerra en las Escuelas de Aplicación de Italia y Francia. *Rev. San. Mil.* Año III. Nº 5. Marzo. P.141-144.

6.-Gómez Ulla, M. (1915). Anestesia en campaña. Conferencia dictada en el Ateneo de Sanidad Militar el 26 de abril. Anunciada en: *Rev. San. Mil.* Año V. nº 6. De 15 de marzo.

7.- Gómez Ulla, M. (1916) Los Servicios sanitarios en la guerra actual: Impresiones de una visita al frente francés. Conferencia. Ateneo de Sanidad Militar. 27 de noviembre.

8.-Gómez Ulla, M. (1917) Idea general de los Servicios sanitarios en el Ejército Belga. Visita hecha al frente del 25 al 31 de enero de 1917. *Rev. La Guerra y su preparación*. Madrid. Ed. Estado Mayor Central del Ejército. Tomo II. Nº 5. Mayo. p.439-472.

9.-Gómez Ulla, M (1919) Inconvenientes reales y contraindicaciones de la Anestesia Medular. *Rev. Cir. Esp.* 4. Pp. 215-221.

10.- Gómez Ulla, M (1919b) La movilización activa inmediata, como tratamiento de las lesiones articulares traumáticas y de las artritis supuradas. (Método de Willems). *Rev. Cir. Esp.* 5. Pp. 288-295.

11.- Gómez Ulla, M. (1920) El Servicio sanitario de los Ejércitos aliados en la Guerra Mundial. Conferencia de Clausura de curso 1919-1920 de la Academia de Sanidad Militar.

12.- Gómez Ulla, M. (1921). Gómez Ulla, M. (1921) Instrucciones referentes al modo de emplear la tarjeta de diagnóstico que va a ser empleada por las tropas en África. *Rev. San. Mil.* 15 de septiembre. Págs. 557-558.

13.-Gómez Ulla, M. (1922). Instrucciones generales para el Servicio de Cirugía. *Rev. San. Mil.* Año XII. nº 2. 15 de enero. Pp. 31-43.

14.-Gómez Ulla, M. (1924). Discurso en el Homenaje a la memoria de Fidel Pagés. *Rev. San. Mil.* Año XIV. Madrid. 1 de marzo. nº 5. Pp.112-115.

15.- Gómez Ulla, M. (1929-1930) Algunos casos de osteosíntesis en fracturas cerradas de huesos largos. En: *Libro-homenaje al Dr. Goyanes Capdevila*, con motivo de su doctorado Honoris Causa por la Universidad de Burdeos. Madrid. Ed. Gaceta Médica Española. Pp. 459-469.

- 16.-Gómez Ulla, M. (1932). Un caso de necrosis pancreática. Nota clínica dedicada a la memoria del sabio doctor don Miguel Gil Casares. La Coruña. *Galicia Clínica*. Año 4. Nº 10. Pp.548-552.
- 17.-Gómez Ulla, M. et al. (1933). *Tratamiento en los puestos avanzados de los casos quirúrgicos urgentes, en la guerra en movimiento*. Concepción de una formación especializada. Su organización técnica y su empleo desde el punto de vista táctico. Madrid. VII Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares. Ponencia Hispano-Belga. Acompañada de los puntos de vista de las Direcciones de los Servicios sanitarios sobre este tema de: Checoslovaquia, Estados Unidos, Italia, Rumania, Yugoslavia.
- 18.-Gómez Ulla, M. (1935) Resección del corpúsculo carotideo en la epilepsia esencial. *Rev. Cir. Barcelona*. 9: 258. Serie 4. Vol.5. p.420. Sesión de 7 de febrero de 1935 de la Sociedad de Cirugía de Madrid, presidida por Gómez Ulla.
- 19.-Gómez Ulla, M. (1935b) Observaciones recientes sobre osteomielitis de guerra. *Rev. Cir. Barcelona*. 9: 368-370. Sesión de 7 de marzo de 1935 de la Sociedad de Cirugía de Madrid, presidida por Gómez Ulla.
- 20.-Gómez Ulla, M. (1941) Prólogo a Martín Santos, L: *Manual de Cirugía de Guerra*. San Sebastián. Ed. Pax.
- 21.-Gómez Ulla, M. (1942) *La Cirugía en la Guerra*, Discurso de Ingreso como Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. 29 de abril. Contestación a cargo del Excmo. Sr. Dr. D. Enrique Slocker y la Rosa. Ed. Instituto de España.
- 22.-Gómez Ulla, M. (1945). La Medicina y los Médicos españoles. *Revista Nacional de Educación*. Madrid. Nº 51. Pp.18-32.
- 23.- Gómez Ulla, M. (1946) Prólogo a Montserrat Figueras, Sebastián: *La Medicina militar a través de los siglos*. Madrid. Servicio Histórico Militar. 565 p.
- 24.- Gómez Ulla, M. (1940) prólogo a: Alamilla J.R. (1955) *Males de los pies: manual práctico del callista*. Barcelona. Imp. La Neotipia.
- 25.- Gómez Ulla, M. (1944) Director de la tesis doctoral de Eduardo González Menéndez. *Tensión arterial como cualidad de reacción*. Tesis Inéditas. UCM.

Fuentes Secundarias

- 1.-Antón, C (1917) Camilla Artola. *Rev. de San. Mil*. Año VII. Núm. 8. 15 de abril. Pp 221 – 227.
- 2.- Baltar Domínguez, R. (1968). *La Escuela Médica Compostelana. Con motivo del Centenario de la muerte del Dr. Varela de Montes*. Santiago. Instituto Padre Sarmiento. C.S.I.C.
3. Belaústegui, A (2011). *Sanitarios Militares en la Guerra de África (1909-1927). La lucha contra el olvido VI*. Ed. Ministerio de Defensa. Pp.159-200.
- 4.- Casado Blanco, C; Enríquez Salido, Mª R; Véliz Carril, Mª I. (Coords). (1997) *Instituto Xelmírez, pasado e presente (1845-1995)*. A Coruña. Ed. Diputación Provincial. P.119.
- 5.-Diz Rodríguez, M.R.; Zumaquero Obispo, C; Arana Rueda, A; Sánchez-Cruzat Borau, A; Ruiz Seguí, A. (1998). El Teniente Coronel González Tablas, héroe de Regulares. Fue operado por Gómez Ulla tras ser herido en Tazarut. (1922). *Medicina Militar*. Vol. 54 (6). pp 368-372.
- 6.-Franco Grande, A; Álvarez Escudero, J, Cortés Laíño, J. (2005). *Historia de la Anestesia en España (1847-1940)*. Madrid. Ed. Arán. Cap. 13.
- 7.-Gómez Durán, M. (1960). *Aportación de la Cirugía de Guerra al progreso quirúrgico actual*. Discurso de Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. 10 de junio.
- 8.-Gómez Ulla y Lea, J. Mª. (1981). *Mariano Gómez Ulla: Un Hombre, un Cirujano, un Militar*. Madrid. Ed. Madrid.
- 9.-González Menéndez, Eduardo. (1944) *Tensión arterial como cualidad de reacción*; Tesis Doctoral dirigida por Mariano Gómez Ulla. Universidad Central de Madrid.
- 10.-Gonzalo Rodríguez, V. et als. (2007) Historia de la Urología española. Historia de la Raquianestesia y la anestesia epidural en España. *Arch. Esp. Urol*. 60, 8 (973-978).

- 11.- Herrero, F. (1919) Contribución al estudio de la anestesia en cirugía: Mil doscientos casos de raquianestesia. *Rev. San. Mil.* 15 de marzo. Págs.159-166.
- 12.- Olagüe de Ros, G, F; Nogales Fernández, F. (2014). *Una Esperanza truncada: Luis Morillo Uña (1901-1937)*. Universidad de Santiago de Compostela-Universidad de Granada.
- 13.- Pagés Miravé, F. (1921) Anestesia Metamérica. *Rev. San. Mil.*, Año XI, nº 12 de 15 de junio pp. 351-365 y nº 13 de 1 de julio. Pp 385-396.
- 14.- Ponte Hernando, F. (2011) *Dr. Ángel Baltar Cortés (1868—1934) Maestro de Cirujanos*. A Coruña. Ed. Inéditor. Grupo Towers. Col. Scripta.
- 15.- Ponte Hernando, F; Rego Lijó, I (2012) *La locura y el bisturí: I Centenario de Don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*. Seminario Mayor de Santiago. Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- 16.- Ponte Hernando, F; Rego Lijó, S; González Castroagudín, S. (2013) Un sabio médico gallego: Don Jacobo López Elizagaray (1860-1934). *Cuadernos de Estudios Gallegos*, LX. Núm. 126 (enero-diciembre 2013), págs. 337-358. C.S.I.C. Instituto Padre Sarmiento.
- 17.- Ponte Hernando, F. Rego Lijó, I; González Castroagudín, S. (2013) Médicos Gallegos Ilustres I: El Dr. D. Ricardo Varela y Varela. *Cad. Aten Primaria*. Volume 19 Páx.288-292. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_4_Humanidades.pdf
- 18.- Romero Vázquez, D. (1977). *Galería de Médicos Gallegos Ilustres*. La Coruña. Ed. Moret.p.136.

Cartas al director: MALAS NOTICIAS

BAD NEWS

AUTOR: *Olalla López Grandal. Médico Familia, Pac Ferrol*

(a propósito dun caso clínico) Pseudónimo da paciente: Carmen

Antes de traballar no Pac Ferrol (penso que un dos peores destinos para un médico de familia, pero isto será obxecto de outra comunicación, se cadra), estiven nunha consulta de AP no CS Pontedeume, lugar onde traballaba e vivía. Pobo pequeno cuns 8000 hab, polo que resultaba difícil, e moitas veces incómodo, convivir cos meus pacientes.

Unha tarde entrou na consulta a miña paciente Carmen. O motivo da visita era preguntar sobre un TAC torácico que pediron dende neumoloxía por unha tos e disnea progresiva. Alarmouna o feito de que lle repetiran o TAC ós dous días do primeiro, sen decirlle motivo e sen comunicarllo ningún médico, só dende raios. A accesibilidade e a confianza que depositan os pacientes en nós (médicos de AP) motivou a consulta.

Carmen 42 anos, VIH (contaxio descoñecido), casada con dous fillos, levaba case un mes con dor dorsolumbar, que non melloraba con analxesia habitual e RX sen datos agudos de interés.

Cando me pediu a información abríndome directamente o informe do TAC torácico, e a miña expresión mudou sen darme conta, sen poder disimular unha mala noticia que non esperaba ler nin contar. A paciente decatouse de que algo ía mal, así que decidíu axudarme e dixo: “Olalla, por favor, léeme el informe tal y como está”.

Comencei a ler, o máis neutra que puiden, sabendo que a protagonista estaba escoitando e mirando o que eu dicía: “Masa subdiafragmática derecha en probable relación a NEO de PANCREAS ...”. Polo visto no primeiro TAC torácico atoparon unha imaxe marxinal que lles chamou a atención por eso repetiron o segundo TAC collendo neste caso máis zona abdominal. Tamén quedaba así, desvelada a orixe da dor dorsolumbar dun mes de evolución.

Acabei de ler o informe e mireina, sentada ó outro lado da mesa. Estaba calada, serea e cun sorriso dándome as gracias por leerlle o informe, e sabendo o mal pronóstico da súa recién diagnosticada enfermidade. Explíqueille os pasos a seguir centrando a conversación na biopsia para verificar diagnóstico e que a partir de ahí virían uns meses duros, de loita e sufrimento para os que tiña que prepararse. Logo pensou nos fillos, sobre todo no pequeno de 4 anos, e rompeu a chorar. Pouco.

Cando saeu da consulta, necesitei varios minutos para asimilar o que acababa de pasar e continuei a traballar, desconcentrada, co resto dos pacientes da sala. Foi un deses días, nos que levas o traballo a casa.

Ó día seguinte, dende admisión pasáronme unha chamada. Era Carmen: “Olalla cómo estás?, sé que ayer lo pasaste mal y quería saber cómo estabas”.

Foi unha das mellores recompensas que tiven como Médico, e sei que nunca se me olvidará esa muller valiente, loitadora, que estivo un ano compartindo conmigo o seu sufrimento dunha maneira increíblemente heroica e plácida.

Quixen compartir esta historia, que levo dous anos gardando, porque penso que temos unha enorme responsabilidade clínica e psicolóxica sobre os pacientes que depositan en nós toda a súa confianza, e necesitamos mellorar na nosa comunicación tanto en malas noticias como noutras que non o son tanto. Empatía é a clave dunha boa comunicación nas consultas de Atención Primaria.

Empatía para explorar

Empatía para comunicar

Empatía para que os pacientes tamén se poñan no noso lugar.

*Tomando a temperatura
á Atención Primaria*

XXI

**Xornadas Galegas de
MEDICINA FAMILIAR
E COMUNITARIA**

17-18 novembro 2017

Centro Cultural Marcos Valcárcel
Progreso, 30. 32003 **OURENSE**

www.agamfec.com/congreso-agamfec



AGAMFEC
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA
FAMILIAR E COMUNITARIA

agamfec.com