ww.agamtec.com

CADERNOS de atonción primaria

de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Ga<mark>licia</mark>



Vol. 24 (1) SETEMBRO 2018



Editorial AGAMFEC

A docencia da medicina de familia en Galicia

Páx. 3

Orixinais AGAMFEC

Funcionamiento familiar, actividad de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento con etanercept y adalimumab. Estudio preliminar.

Family functioning, disease activity and quality of life in patients with rheumatoid arthritis receiving treatment with etanercept and adalimumab. Preliminary study.

Álvarez-Cervantes, Martha; Gómez Alonso, Carlos; Cortés-Rojo, Christian; Rodríguez-

Páx.

Prevalencia y características del consumo de benzodiacepinas en una comunidad rural.

Prevalence and characteristics of benzodiazepine consumption in a rural community

Lueiro González, Natalia; Pichel Rodriguez, Ana; Fernández Merino, Carmen; Gude Sampedro Francisco

Páx.

Intervención para mejorar el registro del hábito tabáquico en un centro de salud.

An intervention to improve smoke habits register in a primary care center.

Maldonado Díaz A.; Hernández Gómez M.A.; Sánchez Sánchez, N.J.; Alves Pérez M.T.; Gayoso Diz P.

Páx. 17

Para saber máis...

Oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD)

Sánchez Sánchez, Néstor J.; Hernández Gómez, Mercedes A.; Maldonado Díaz, Adalid

Páx. 23

Revisión sistemática de medicamentos esenciales para atención urgente extrahospitalaria en Galicia. Diferencias entre los puntos de atención continuada.

Arias Amorín I.; Souto Mata F.; Portabales Tesouro E

Casos clínicos

Dermatite perianal

Mantiñán Vázquez, M.; Martínez González, F

²áx. 31

La importancia de un diagnóstico precoz. A propósito de un caso.

Caamaño-Carril, Isabel

Páx. 33

Atrapamento de pálpebra superior por cremalleira

Estévez Forneiro, Eva María; Cereijo González Esther, Pérez López Pilar, Bernárdez Peña Lorena Norivet

Páx. 36

Especial Abstracts Premios á investigación para residentes de Atención Familiar e Comunitaria da EOXI de Vigo. 1ª e 2ª edicións

Premios 2018

Páx. 39

Premios 2017

Páx. 50

Humanidades

La Gota de Leche: Salud pública, Beneficencia e Higiene infantil(Ourense-Galicia, 1912-1933).

Simón-Lorda, David; Rúa Domínguez, María Luísa

Páx. 5

Reflexiones sobre la evaluación del clima organizacional en hospitales escuela y unidades de Medicina Familiar en América Latina.

Rodriguez-Orozco AR

Páx. 57

Cartas ao editor

Estado nutricional en pacientes que reciben quimioterapia en un hospital de Morelia, México.

Gutiérrez Ortiz, Laura Patricia; de la Cruz Castillo Pineda, Juan Carlos; Figueroa Núñez, Benigno; Gómez Alonso, Carlos; García Ruíz, Javier; Zaragoza Ponzo, Mª Teresa; Rodríguez-Orozco, Alain R.

Páx. 59

Revisando la actuación ante una emergencia en un centro urbano.

Hernández Gómez Mercedes A; Maldonado Díaz Adalid; Fernández Escamilla Francisco José

Páx. 26

Páx. 61





Mª Dolores López Fernández Francisco Javier Formigo Couceiro Eva Jacob González

Editores eméritos

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)

Ramón Veras Castro (2005-2012)

Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)

Ana Paula Núñez Gavino (2016) Víctor Julio Quesada Varela (2017)



Editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA www.agamfec.com

Redacción - Secretaria Técnica:

CYEX CONGRESOS, S.L.
C/. Ferrol, 2. Edificio Cyex
15897 Santiago de Compostela (A Coruña)
T: 981 555 720 • e-mail: secretaria@agamfec.com
https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/

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

Publicación autorizada polo Ministerio de Sanidade como Soporte Válido 94032R

Deseño e maquetación: Modografica

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

Versión auto-arquivo: Post-print (versión editorial) $\cite{Cando?} \ Inmediatamente \ despois \ da \ publicación$

¿Onde? Web persoal, Repositorio Institucional, Repositorio temático

Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

Consello asesor:

Ana Clavería Fontán

Susana Aldecoa Landesa

Julia Bóveda Fontár

José Luis Delgado Martír

Carlos Eirea Eiras

Antonio Requeiro Martínez

Pilar Gayoso Diz

Raimundo Gulín González

Enrique Nieto Pol

Lucía Barreiro Casa

Ana Carvajal de la Torre

Mª Jesús Cerecedo Pérez

Jesús Combarro Mato

Bernardino Pardo Teljelro

Susy Osinaga Peredo

José Ramón Moliner de la Puente

Susana Hernáiz Valero

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 reproducción de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

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

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx 3

A docencia da medicina de familia en Galicia

Jesús Sueiro Justel

PRESIDENTE DA AGAMFEC, MÉDICO DE FAMILIA, AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL, SANTIAGO DE COMPOSTELA

Xa hai 4 anos que lle transmitimos á administración sanitaria a nosa grande preocupación pola situación dos titores de medicina de familia en Galicia. Despois dun estudo das unidades docentes, comprobouse que o 75% dos titores tiñamos nese momento máis de 55 anos, e dado que a "xubilación" do titor se produce 3 anos antes da xubilación laboral, en 7 anos a situación sería incompatible coa formacion de residentes se non houbese unha medida que favorecese a incorporación de novos (e xoves!) titores nos centros docentes. Como todos sabemos, estes centros adoitan estar nas grandes cidades galegas e o seu contorno, e o acceso ás prazas soamente se contempla pola antigüidade. A dinámica dos derradeiros tempos amósanos que as prazas se cobren por compañeiros con moita experiencia laboral, pero cunha idade pouco dada a desempeños docentes. Despois de 4 anos e coas medidas que non tomou a administración, a situación actual podemos dicir que se resume en que o 75% dos titores temos 59 anos polo menos e o tempo de situación crítica da docencia acurtouse a 3 anos.

Como a falta de previsión non é consustancial a docencia, estamos nunha década na que as xubilacións dos profesionais vai ser masiva e fan falta mais médicos de familia para cubrir o recambio xeracional. Curiosamente a medida que se lles ocorre é aumentar o número de residentes cando a oferta por falta de titores esta en declive progresivo. Estamos pois ante un escenario de tormenta perfecta: necesitamos máis médicos de familia e non hai quen os forme e, ademáis, pasaremos unha temporada asumindo mais residentes dos aconsellables coa conseguinte perda de calidade docente.

Non se pode dicir que non temos avisado da situación e todo foron boas palabras, pero sin compromiso firme nin planeamento realista: o compromiso do profesional de ser titor si accede á praza non sirve de moito, si no traslado a plaza do titor a ocupa un profesional de 60 anos. Dada a especial relación titor-residente en medicina de familia, non podemos pensar en servizos docentes como acontece nos hospitais, é fundamental un perfil específico para as prazas con baremos diferenciados que permita á xente máis nova e con máis interese na docencia poder acceder aos centros acreditados. Tampouco estorbarían algunhas medidas de promoción, axuda ou incentivación da docencia que ten sido producto da voluntariedade de apaixoados médicos de familia, cada vez mais desencantados. O tempo xa escasea e a confianza na administración hai tempo que está baixo mínimos. Temos motivos para seguir preocupados.

Funcionamiento familiar, actividad de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento con etanercept y adalimumab. Estudio preliminar.

Family functioning, disease activity and quality of life in patients with rheumatoid arthritis receiving treatment with etanercept and adalimumab. Preliminary study.

Álvarez-Cervantes, Martha¹; Gómez Alonso, Carlos²; Cortés-Rojo, Christian³; Rodríguez-Orozco, Alain Raimundo.

- 1 UNIDAD Nº 80 DE MEDICINA FAMILIAR, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO.
- 2 CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS DE MICHOACÁN. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN MORELIA. MICHOACÁN. MÉXICO
- 3 INSTITUTO DE INVESTIGACIONES QUIMICOBIOLÓGICAS. UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO.
- 4 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rodríguez-Orozco, A.R. e-mail: rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 4 - 10

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el funcionamiento familiar, la calidad de vida y actividad de la enfermedad en pacientes adultos mexicanos con artritis reumatoide que reciben tratamiento con etanercept y adalimumab solos o en combinación con otros fármacos.

Diseño: Estudio transversal terminado en Mayo del 2015 con revisión de la literatura relacionada.

Participantes: Pacientes con artritis reumatoide que recibieron tratamiento con Etanercept (n=13) con edades de 45.7 ± 9,7 o con Adalimumab (n=18) con edades de 54.7 ± 7.2 .

Intervenciones y mediciones: Para calidad de vida se usó el SF-36, FF-SIL para funcionamiento familiar y DAS 28 para actividad de la enfermedad. Para comparaciones entre grupos se usó ANOVA y t de student y r² para evaluar la asociación entre percepción del funcionamiento familiar y actividad de la enfermedad.

Resultados: Solo en el dominio de salud mental de la calidad de vida se encontraron diferencias entre pacientes con actividad moderada de la enfermedad respecto a aquellos con actividad baja y remisión (p=0,034). Diferentes niveles de funcionamiento familiar se acompañaron de mayor o menor actividad de la enfermedad indistintamente, tanto en pacientes que recibieron etanercept r^2 =0.071 como en aquellos que recibieron adalimumab r²=0.002.

Conclusiones: Debe evaluarse la salud mental en sujetos con artritis reumatoide que reciben terapia con inhibidores del factor de necrosis tumoral a. Aunque adalimumab y etanercept impresionan tener un efecto similar sobre calidad de vida, funcionamiento familiar y control de la enfermedad cuando se usan solos o combinados con otros fármacos modificadores de la enfermedad, se requieren estudios similares con mayor número de pacientes y controlando el efecto de la medicación concomitante.

Palabras clave: artritis reumatoide, actividad de la enfermedad, calidad de vida, funcionamiento familiar, etanercept, adalimumab.

SUMMARY

Objective: To evaluate family functioning, quality of life and disease activity in adult patients with rheumatoid arthritis who were treated with etanercept or adalimumab alone or in combination with other medications

Design: Cross-sectional study completed in May 2015 with review of the related literature

Participants: Patients with rheumatoid arthritis who received treatment with Etanercept (n = 13), 45,7 9,7 years old or with Adalimumab (n = 18), 54,7 7,2 years old.

Interventions and measurements: The FF-SIL questionnaire was used to evaluate family functioning, DAS 28 and SF 36 were applied to evaluate diseases activity and quality of life respectively. ANOVA and t of student were used for comparisons between groups and r2 was used to evaluate the association between perception of family functioning and disease activity.

Results: Only in the mental health domain of quality of life were found differences between patients with moderate activity of the disease and those with low activity and remission (p = 0.034). The different levels of family functioning are accompanied by more or less activity of the disease interchangeably, in patients receiving etanercept r2 = 0.071 and in those receiving adalimumab r2 = 0.002 as well.

Conclusions: Mental health should be evaluated in patients with rheumatoid arthritis receiving therapy with tumor necrosis factor inhibitors. Although adalimumab and etanercept impress having a similar effect on quality of life, family functioning and disease control



when used alone or in combination with other disease-modifying drugs, additional studies are needed with a greater number of patients and controlling the effect of concomitant medication.

Keywords: rheumatoid arthritis, disease activity, quality of life, family functioning, etanercept, adalimumab.

Lo conocido	Lo que aporta el estudio
La artritis reumatoide es causa frecuente de consulta en la atención primaria y también es causa de discapacidad.	Solo en el dominio de salud mental del SF 36 se encontraron diferencias entre pacientes con actividad moderada de la enfermedad respecto a aquellos con actividad baja y remisión (p=.034), de manera que es recomendable que sea evaluada la salud mental antes y después del uso de inhibidores del factor de necrosis alfa.
Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa mejoran la calidad de vida y disminuyen la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.	Los pacientes con artritis reumatoide que reciben terapia biológica pueden ser evaluados en la atención primaria en calidad de vida, actividad de la enfermedad y funcionamiento familiar como criterio de control.
El enfermo con artritis reumatoide introduce una crisis paranormativa en la familia y es necesario explorar los recursos de los que dispone la familia para enfrentarla.	Percepción del funcionamiento familiar y actividad de la artritis no tuvieron una relación lineal, lo cual apunta a que los mecanismos de adaptación a la enfermedad son complejos. Impresiona que el paciente en nuestro medio logra sobreponerse a la crisis paranormativa familiar que plantea la artritis reumatoide en un lapso relativamente corto el cual puede ir de pocos meses hasta cerca de dos años de tratamiento con etanercept o adalimumab.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR), constituye una de las principales demandas de consulta en el primer nivel de atención médica, por lo que condiciona un alto costo a los servicios de salud. En la Unidad de Medicina Familiar no. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, México, según los registros electrónicos del área de informática médica y del archivo clínico de esta unidad, en el año 2010 se encontró dentro de las primeras 25 causas de demanda en la consulta externa, con una prevalencia del 1,24% y una incidencia anual del 0,06% en el año 2012, y se otorgaron incapacidades laborales al 1,33% de estos pacientes. Esta enfermedad puede inducir una crisis paranormativa en la familia del individuo enfermo, por eso resulta importante reconocer los recursos que esta dispone para el apoyo al enfermo y en general para su sanación como sistema. En nuestro medio la red de apoyo familiar es la red social más importante con la que cuentan estos enfermos para enfrentar la enfermedad y la discapacidad que esta pueda acarrear.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno con fármacos modificadores de la AR ha mejorado el pronóstico. Hoy se cuenta con agentes biológicos, entre ellos los más usados son los inhibidores del factor de necrosis tumoral α (FNT- α).

Uno de los indicadores más importantes que deben ser considerados en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas es la calidad de vida. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física personal, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con otros elementos del entorno.¹ Aunque existen muchas formas de estimar la calidad de vida es el SF-36 uno de los instrumentos más ampliamente usados, validado en varias lenguas y en pacientes que padecen distintas enfermedades crónicas y ha sido ampliamente usado en pacientes con artritis reumatoide.

Otro aspecto a considerar en la evaluación de pacientes con enfermedades crónicas es la actividad de la enfermedad. En la evaluación de pacientes con artritis reumatoide el Disease Activity Score, DAS, en su versión modificada (DAS 28) es uno de los índices más ampliamente usados para estimar tanto actividad de la enfermedad como calidad de vida y continúa usándose en la práctica clínica para ajustar dosis, cambiar medicamentos y valorar la respuesta al tratamiento.²

Este trabajo se hizo con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar, la calidad de vida y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento biológico con etanercept y adalimumab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: transversal.

Población de estudio. Población adulta con artritis reumatoide adscrita a una unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Morelia que recibía tratamiento con etanercept o adalimumab.

Se tomó como partida el número de pacientes con AR adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, tratados con Etanercept (37) y con Adalimumab (37), según los registros de la farmacia hospitalaria para el año 2012, lo que correspondió a 74 pacientes.

Se incluyeron en el estudio solo aquellos pacientes que aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado, entre 18 y 65 años de edad que supieran leer y escribir y que no padecieran otras enfermedades crónicas, excepto hipertensión arterial sistémica controlada y diabetes mellitus controlada según las guías de práctica clínica para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus vigentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A los pacientes que aceptaron participar en el estudio, se les realizó historia clínica según el formato institucional, un cuestionario para conocer datos sociodemográficos, el cuestionario SF36 para estimar calidad de vida, exploración física, con énfasis en el sistema osteomioarticular, determinando el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, se orientó al laboratorio institucional realizar a cada paciente, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva por método de aglutinación. En base al examen físico y a los resultados de laboratorio se calculó el índice de actividad de la enfermedad, DAS 28, de cada paciente.

Los pacientes se asignaron a dos grupos de estudio, uno con los tratados con Etanercept 25 mg dos veces por semana (n=13) y el segundo grupo, los tratados con Adalimumab 40 mg cada dos semanas (n=18), ambos por vía subcutánea. La actividad de la enfermedad fue valorada con el índice DAS28 y se interpretó como: remisión de la enfermedad si fue <2.6, actividad baja <3.2, actividad moderada >3.2 y <5.1 y actividad alta >5.1. La calidad de vida fue estimada con el instrumento SF36 con el cual se obtuvo el promedio de la suma de las 8 dimensiones del instrumento y se calificaron con una escala del 0 al 100, donde el 100 se consideró como el mejor estado de la calidad de vida. Se analizaron los puntajes en cada área del instrumento. Para la evaluación del funcionamiento familiar se aplicó el instrumento FF-SIL³ que pone énfasis en las relaciones entre los miembros de la familia y permite explorar las siguientes áreas

Cohesión: Unión familiar al enfrentar situaciones y tomar decisiones.

Armonía: Correspondencia entre intereses y necesidades individuales y los de la familia en equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Transmisión clara de mensajes entre miembros de la

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas, unos a los otros.

Roles: Responsabilidades y funciones que cumple cada miembro de la familia y son negociadas en familia.

Adaptabilidad: Habilidad familiar para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas cuando se requiera.

Se hizo el análisis del impacto de la enfermedad en la familia con cada una de las áreas del instrumento y según el puntaje global alcanzado las familias se clasificaron en funcionales 70 a 57 puntos, moderadamente funcionales 56 a 43 puntos, disfuncionales 42 a 28 puntos y severamente disfuncionales 27 a 14 puntos.

A todos los pacientes se les informó sobre los resultados obtenidos con el SF36, la prueba FF-SIL y el DAS28, y se les sugirió discutir los resultados con su médico familiar y con el reumatólogo que los atendía.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleó media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias con su respectivo porcentaje para variables cualitativas o de tipo discreto. Se aplicó el criterio de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) con la prueba de significancia de Lilliefors para analizar la distribución de los datos y elegir el estadístico de prueba. Para las comparaciones entre grupos se usaron t de Student para muestras independientes y ANOVA. La relación entre funcionamiento familiar y actividad de la enfermedad se analizó con r^2 . Se aceptó un nivel se significación p < 0.05. Los datos se procesaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS, versión 18.0.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Este proyecto se diseñó de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos estipulados en la declaración de Helsinki, así como con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México y reunió las disposiciones comunes a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, con riesgo mínimo. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, firmaron carta de consentimiento informado. El protocolo fue aprobado por el comité local de ética e investigación, con número de registro R-2013-1602-28.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra los grupos de tratamiento con fármacos anti FNT-α. El fármaco modificador de la enfermedad más usado fue metotrexate, por el 61,5% de los pacientes del grupo Etanercept y el 83,3 % de pacientes del grupo tratado con adalimumab, seguido de la Cloroquina con dos pacientes en cada grupo. Solamente dos pacientes en cada grupo no recibían terapia con otro medicamento modificador de la enfermedad. Todos los pacientes ingerían regularmente algún antinflamatorio no esteroideo. En el grupo tratado con etanercept hubo un paciente con diabetes mellitus controlada y otro con hipertensión arterial controlada y en el grupo adalimumab hubo dos pacientes con hipertensión arterial controlada y un paciente con diabetes mellitus controlada.

TABLA 1. Grupos de tratamiento.

	Etanercept (n=13)	Adalimumab (n=18)
Proporción mujer/hombre	12:1	17:1
Edad	45,7 ± 9,7	54,7 ± 7,2
Tiempo de evolución	13,4 ± 8.0	16,0 ± 9,1
Tenían vínculo laboral	6 (46,2%)	3 (16,7%)
Tiempo de tratamiento (meses)	20,0 ± 9,8	22,4 ± 10,3

Calidad de vida

Puede notarse que solo en el área funcionamiento físico se alcanzaron puntajes más altos en el grupo tratado con etanercept respecto al tratado con adalimumab. En el resto de las áreas se encontraron mayores puntajes en el grupo adalimumab aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos en cada una de las áreas del cuestionario SF-36, tabla 2.

TABLA 2. Comparación de los dominios de calidad de vida del SF-36, entre los grupos de tratamiento.

Variable	Etanercept N=13	Adalimumab N=18	Т	Р
Funcionamiento Físico	66,9 ± 7,8	63,9 ± 5,5	0,327	0,746
Rol Físico	61,5 ± 13,2	88,9 ± 6,8	-1,997	0,055
Dolor Corporal	58,2 ± 5,3	66,0 ± 4,3	-1,147	0,261
Salud General	55,7 ± 7,5	60,3 ± 4,1	-0,581	0,566



Variable	Etanercept N=13	Adalimumab N=18	T	Р
Vitalidad	57,7 ± 5,1	61,4 ± 3,6	-0,611	0,546
Función Social	79,8 ± 6,1	82,6 ± 5,3	-0,351	0,728
Rol Emocional	61,5 ± 12,0	83,3 ± 7,7	-1,520	0,136
Salud Mental	69,9 ± 8,9	79,3 ± 15,4	-1,303	0,203

^{*} Cifra estadísticamente significativa (p < 0.05) media más menos error estándar.

Actividad de la enfermedad.

Al calcular la actividad de la AR con el índice DAS28, se encontró que el 64.5% de los pacientes presentó actividad moderada de la enfermedad, aunque ya utilizaban uno u otro fármaco biológico durante 19 o más meses, presentaron actividad moderada, 7 (22,6%) y solo 2 (6,5%) pacientes tenían remisión de la enfermedad, ambos del grupo Adalimumab.

Al estudiar la asociación entre calidad de vida y actividad de la enfermedad, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio de salud mental en el grupo de pacientes que tenían una actividad moderada de la enfermedad respecto a los de actividad baja y remisión (p=0,034; Tabla 3).

TABLA 3. Comparación de los dominios de calidad de vida del SF-36, respecto a la actividad de la enfermedad.

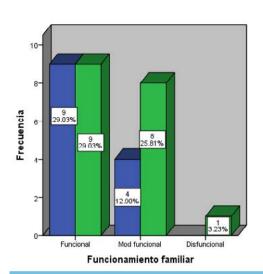
Dominio	Remisión N=2	Actividad Baja N=7	Actividad Moderada N=22	F	Р
FF	80,0 ± 5,0	72,9 ± 8,3	61,4 ±5,7	0,927	0,408
RF	100,0 ± 0,0	85,7 ± 14,3	72,7 ± 8.8	0,622	0,544
DC	78,0 ± 6,0	72,9 ± 4,9	58,1 ± 4,1	2,601	0,092
SG	69,5 ± 2,50	73,6 ± 5,2	52,6 ± 4,7	3,175	0,057
V	72,5 ± 2,5	67,9 ± 5,0	56,1 ± 3,6	2,129	0,138
FS	87,5 ± 0,0	92,9 ± 5,6	77,3 ± 5,0	1,477	0,246
RE	100,0 ± 0,0	85,7 ± 14,3	68,2 ± 8,9	0,947	0,400
SM	88,0 ± 4,0	90,3 ± 4,8	69,5 ± 4,3	3,841	0,034*

^{*} Cifra estadísticamente significativa (p <0.05). Los grupos se compararon con FF = Funcionamiento Físico, RF = Rol físico, DC = Dolor Corporal, SG = Salud General, V = Vitalidad, FS = Función Social, RE = Rol Emocional, SM = Salud Mental.

Funcionamiento familiar

La figura 1 muestra la distribución de las familias en cada grupo de tratamiento, según la prueba de funcionamiento familiar, FF-SIL. Solo

1 familia del grupo adalimumab fue considerada disfuncional, el resto de las familias fueron percibidas como funcionales o moderadamente funcionales.



GRUPO

ETANERCEPT

ADALIMUMAB

Fig 1. Distribución de las familias según la percepción del funcionamiento familiar por el paciente con artritis reumatoide.

La tabla 4 compara las áreas de funcionamiento familiar entre los grupos de tratamiento. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área afectividad a favor del grupo etanercept.

TABLA 4. Comparación de los dominios de calidad de vida del SF-36, respecto a la actividad de la enfermedad.

Área	Etanercept N=13	Adalimumab N=18	Т	Р
Cohesión	9,2 ± 0,3	8,7 ± 0,4	0,984	0,333
Armonía	9,5 ± 0,1	9,0 ± 0,3	1,150	0,259
Comunicación	9,0 ± 0,3	8,1 ± 0,5	1,465	0,154
Permeabilidad	7,0 ± 0,6	6,9 ± 0,5	0,141	0,889
Afectividad	9,3 ± 0,3	8,3 ± 0,3	2,064	0,048*
Roles	8,2 ± 0,5	8,4 ± 0,4	-0,246	0,408
Adaptabilidad	8,2 ± 0,3	7,2 ± 0,4	1,797	0,083

^{*} Cifra estadísticamente significativa (p < 0.05) media más menos error estándar.

En la tabla 5 se relacionan percepción del funcionamiento familiar y calidad de vida entre los pacientes de los grupos etanercept y adalimumab. Cuando se compararon entre sí a familias percibidas como funcionales, moderadamente funcionales disfuncionales respecto a cada uno de los dominios de la calidad de vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 5. Calidad de vida y funcionamiento familiar.

Dominio	Funcional N=18	Moderadamente Funcional N=12	Disfuncional N=1	F	Р
FF	66,4 ± 6,7	63,8 ± 6,2	60,0	0,576	0,569
RF	60,1 ±10,4	89,1 ± 8,4	100,0	0,653	0,528
DC	60,8 ± 4,8	64,7 ± 4,9	74,0	0,834	0,445
SG	57,5 ± 6,2	61,1 ± 4,0	42,0	0,379	0,688
V	61,4 ± 4,5	57,7 ± 3,7	65,0	1,513	0,238
FS	81,3 ± 5,5	60,2 ± 6,0	100,0	0,566	0,574
RE	70,8 ±10,0	77,8 ± 11,1	100,0	0,533	0,592
SM	77,1 ± 4,0	73,0 ± 72,0	72,0	0,644	0,533

^{*} Cifra estadísticamente significativa (p <0.05) media más menos error estándar. Las comparaciones entre grupos de hicieron con ANOVA.

Diferentes niveles de funcionamiento familiar se acompañaron de mayor o menor actividad de la enfermedad, indistintamente. La variación total de la variable funcionamiento familiar fue pobremente explicada por el modelo de regresión debido a que se encontró una casi nula relación lineal de esta con actividad de la artritis. Fig 2

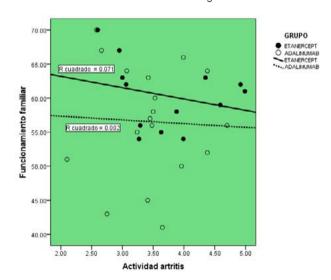


Fig 2. Funcionamiento familiar y actividad de la enfermedad. Coeficiente de determinación r².

DISCUSIÓN

Como participaron solo dos hombres no pudo hacerse el análisis comparativo de las variables objeto de estudio entre géneros. Se ha estimado que la AR tiene una prevalencia de 1.6% en adultos mexicanos con una relación 6:1 a favor del sexo femenino.⁴

No se obtuvo una explicación de por qué el adalimumab tendió a ser indicado con más frecuencia y tampoco en pacientes de mayor edad que etanercept, factores administrativos como la disponibilidad institucional, pueden haber influido. Los tiempos de evolución y tratamiento fueron similares en ambos grupos de tratamiento y un mayor número de pacientes mantenían vínculo laboral en el grupo etanercept lo cual está en relación con el hecho de que este grupo tenía pacientes con menor edad promedio que el grupo adalimumab.

Los pacientes con AR suelen tener peor calidad de vida que la población general. La calidad de vida entre pacientes del grupo etanercept y los del grupo adalimumab fue similar en cada uno de los dominios del SF 36. Llama la atención que cuando se estudió la asociación entre calidad de vida y actividad de la enfermedad solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio salud mental del SF 36 entre pacientes en remisión y con baja actividad respecto a aquellos con actividad moderada de forma que este dominio fue el más sensible para encontrar diferencias en el bienestar de los pacientes. Es recomendable evaluar en estos pacientes la existencia de enfermedad mental asociada, en particular ansiedad y depresión por su alta frecuencia. Un estudio reciente ha demostrado una incidencia y prevalencia mayor de enfermedades mentales en pacientes con artritis reumatoide que en controles, por ejemplo depresión IRR (incidence rate ratio o tasa de frecuencia) 1,46; IC 95%: 1.35, 1.58), trastorno de ansiedad, (IRR 1.24; IC 95% 1.15, 1.34) y trastorno bipolar (IRR 1.21, IC 95%: 1.00, 1.47).⁵ Otros estudios han demostrado un impacto favorable en el área de salud mental en pacientes con artritis reumatoide que han sido tratados con inhibidores del FNT-α tanto en monoterapia como en terapia combinada.^{6,7}

El hecho de encontrar diferencias estadísticamente significativas en el dominio afectividad del SF36 a favor del grupo etanercept, pudiera estar relacionado con el hecho que este grupo estuvo integrado preponderantemente por mujeres de menor edad que el grupo adalimumab y además la mitad de ellas se encontraba laborando por tanto contaban con una red de apoyo social adicional a la de las amas de casa que integraron mayoritariamente el grupo adalimumab. En este último grupo también hubo mujeres en edades más próximas al climaterio y la menopausia lo cual predispone a cambios adicionales en el terreno afectivo.

El bajo número de pacientes en remisión y con actividad baja de la enfermedad en ambos grupos de tratamiento está en relación con la carga asistencial en consultas de reumatología de la institución que afecta la frecuencia en las citas de seguimiento, también el tiempo promedio de tratamiento puede haber influido. Otros estudios han encontrado mejores índices de remisión en tratamientos con anti FNT- α durante periodos más prolongados.^{8,9}

Un estudio multicéntrico que comparó la eficacia de la terapia también entre adalimumab con etanercept en pacientes con AR activa después de 52 semanas de tratamiento no mostró diferencias estadísticamente significativas en la actividad de la enfermedad cuando se compararon ambos grupos. 10

El bienestar en mujeres con AR está relacionado con su percepción del funcionamiento familiar y el tipo de apoyo recibido por los otros miembros de la familia. El funcionamiento familiar ha sido positivamente asociado con la satisfacción con la vida e inversamente relacionado con los síntomas depresivos y con el afecto negativo. ¹¹ Se ha propuesto que el distréss psicológico es un problema relevante en pacientes con AR, poco tiempo después del diagnóstico y suele ser menor cuando aumenta el apoyo emocional y disminuye el dolor. ¹² En familias con un miembro con AR es frecuente encontrar resiliencia a largo plazo, lo cual atenúa el impacto negativo que la enfermedad pudo tener en el funcionamiento familiar poco tiempo después del diagnóstico. ¹³

En este estudio la mayoría de los participantes fueron mujeres que se desempeñaban como madres, hijas, amas de casa, algunas mantenían

FF = Funcionamiento Físico, RF = Rol físico, DC = Dolor Corporal, SG = Salud General, V = Vitalidad, FS = Función Social, RE = Rol Emocional, SM = Salud Mental.

vínculo laboral pero en la mayoría de los casos desempeñaban dos o más de estas funciones. La enfermedad en estas suele plantear algún nivel de reorganización del funcionamiento familiar. La consideración de su percepción del funcionamiento familiar y de las redes de apoyo con las que cuentan para enfrentar la enfermedad es importante a la hora de proponer intervenciones terapéuticas basadas en terapias familiares e incluso proponer el tratamiento médico y de rehabilitación. Se ha considerado que mujeres que habitualmente llevaban el peso del hogar como las amas de casa, ante la llegada de la enfermedad crónica pueden experimentar mecanismos de adaptación al funcionamiento de sus familias. Por ejemplo pueden renegociar sus papeles y la de los miembros de la familia, ser autosuficientes para "auto-acomodarse" e integrar su nueva condición a sus papeles habituales en la familia o separarse o distanciarse de sus papeles habituales.¹⁴ En estudios previos realizados en la ciudad en la que se llevó a cabo este estudio se encontró que la red de apoyo social que brinda la familia es la más importante con la que cuentan enfermos que padecen enfermedades crónicas¹⁵ por lo que no resulta raro que la mujer que suele ser la figura más importante para mantener la cohesión y armonía familiar en nuestra sociedad, en su papel de madre/hija, cuando padece una enfermedad crónica tenga que adaptarse pronto a la nueva condición que le impone la enfermedad crónica. La mayoría de los participantes percibieron a sus familias como funcionales o moderadamente funcionales y finalmente no se encontró una relación directa entre actividad de la enfermedad y percepción del funcionamiento familiar lo cual puede apuntar al afrontamiento exitoso de la crisis paranormativa que propone la enfermedad.

LIMITACIONES

En este estudio se evaluó calidad de vida, funcionamiento familiar y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide que recibían tratamiento con fármacos anti FNT-a. Aunque los pacientes de los grupos etanercept y adalimumab tuvieron resultados similares, no puede afirmarse con este estudio que ambos fármacos son similares en cuanto a las variables arriba señaladas porque la mayoría de los pacientes participantes en el mismo recibían además del tratamiento anti FNT- α otro fármaco modificador de la enfermedad, lo cual afecta el discernir la real contribución de cada tratamiento biológico por separado. Este tipo de condiciones puede ser controlada en un ensayo clínico pero con mucho más dificultad en diseños experimentales postcomercialización como este en el que los medicamentos se administran a poblaciones heterogéneas y con comorbilidades variables, como sucede en población abierta. Sin embargo vale la pena mencionar que en un estudio se reportó que ni la calidad de vida estimada con Health Assessment Questionnaire Disease Index (HAQ-DI) y con el EuroQol 5-dimensions visual analogue scale (EQ-5D VAS), ni la actividad de la enfermedad estimada con DAS 28 dependieron de la dosis de metotrexate cuando este se combinó con etanercept por 24 meses.16

Este estudio tiene un carácter preliminar y sirve para diseñar un estudio metodológicamente más sólido y en el que se controle el impacto de variables como comorbilidades y tratamiento concomitante pero en un grupo mucho más grande de pacientes. Consideramos su publicación porque no tenemos referente de un estudio similar en México el que se asociaran entre sí funcionamiento familiar, calidad de vida y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide que reciben terapia con etanercept y adalimumab y porque la artritis reumatoide y el pobre control de la enfermedad es un problema de salud que rebasa las fronteras de nuestra unidad de medicina familiar. Es importante estudiar los factores sociales que intervienen en la evolución de los pacientes

con artritis reumatoide para diseñar estrategias basadas en la familia y en la salud mental de estos pacientes, aspectos que son frecuentemente descuidados en la práctica clínica pero muy importantes para disminuir los costos directos e indirectos ocasionados por esta enfermedad en los sistemas de salud.

CONCLUSIONES

En unidades de atención primaria de salud resulta importante evaluar el impacto de las terapias anti FNT- α a través de variables de importancia social como calidad de vida, funcionamiento familiar y control de la enfermedad en un periodo de tiempo cercano a los dos años de tratamiento para organizar intervenciones basadas en la familia y la comunidad que mejoren la calidad de vida de estos enfermos.

Solo el dominio salud mental del cuestionario SF 36 permitió establecer diferencias en la percepción de la calidad de vida entre pacientes en remisión y baja actividad respecto a los de actividad moderada, independientemente del fármaco anti FNT- α que usaron. Percepción del funcionamiento familiar y actividad de la artritis no tuvieron una relación lineal, lo cual apunta a que los mecanismos de adaptación a la enfermedad son complejos y el paciente en nuestro medio logra sobreponerse a esta crisis paranormativa familiar en un lapso relativamente corto, generalmente inferior a los dos años de tratamiento con etanercept o adalimumab.

Agradecimientos: Al Dr Rafael Villa-Barajas y la Dra Paula Chacón Valladares quienes colaboraron en la revisión del trabajo en lo concerniente a calidad de vida y actividad de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Rebollo P., Fernández-Vega F., Ortega F. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. Hipertensión 2001;18(9):429-439
- Moya P.A., Laiz A. ¿Es rentable la utilización del DAS en el seguimiento clínico de los pacientes con artritis reumatoide? Reumatol Clin 2011;7(5):336-338
- 3. De la Cuesta D., Pérez E., Louro I., Bayarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cub Med Gen Integr. 1996;12(1):24-31.
- Cardiel M.H., Díaz-Borjón A., del Mercado M.V., Gámez-Nava J.I., Barile L.A., Pacheco C. et al Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. Reumatol Clin 2014;10:227-40 - Vol. 10 Núm.4 DOI: 10.1016/j.reuma.2013.10.006
- 5. Marrie R.A., Hitchon C.A., Wall R., Patten S.B., Bolton J.M., Sareen J., et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Feb 13. doi: 10.1002/acr.23539
- Staples M.P., March L., Lassere M., Reid C., Buchbinder R. Healthrelated quality of life and continuation rate on first-line anti-tumor necrosis factor therapy among rheumatoid arthritis patients from the Australian Rheumatology Association Database. Rheumatology 2011;50:166–175
- Strand V., Sharp V., Koenig A.S., et al. Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of Etanercept treatment. Ann Rheum Dis 2012;1(17):1-8



- Breedveld F.C., Weisman M.H., Kavanaugh A.F., Cohen S.B., Pavelka K., van Vollenhoven R., et al. The PREMIER study. A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with Adalimumab plus Methotrexate versus Methotrexate alone or Adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. Arthr and Rheumat 2006;54(1):26–37.
- Smolen J.S., Nash P., Durez P., et al. Maintenance, reduction, or withdrawal of Etanercept after treatment with Etanercept and Methotrexate in patients with moderate rheumatoid arthritis (PRESERVE): a randomised controlled trial. The Lancet 2013;381:918-929.
- Jobanputra P., Maggs F., Deeming A., et al. A randomised efficacy and discontinuation study of Etanercept versus Adalimumab (RED SEA) for rheumatoid arthritis: a pragmatic, unblinded, noninferiority study of first TNF inhibitor use: outcomes over 2 years. BMJ Open 2012;2:45-53
- 11. Coti M.B. & Wallston K.A. Problematic Social Support, Family Functioning, and Subjective Well-Being in Women with Rheumatoid Arthritis. Women and Health 2010,50(1):53-70.
- Benka J., Nagyova I., Rosenberger J., Calfova A., Macejova Z., Middel B., Lazurova I., van Dijk J.P., Groothoff J.W. Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. Disability and rehabilitation 2012, 34(9):754-761.
- Gerhardt C.A., Vannatta K., McKellop J.M., Zeller M., Taylor J., Passo M., Noll R.B. Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr Psychol. 2003 Jan-Feb;28(1):5-15.
- 14. Lee E.O., Park Y.S., Song M., Lee I.S., Park Y., Kim H.S. Family functioning in the context of chronic illness in women: a Korean study. Int J Nurs Stud. 2002 Sep;39(7):705-11.
- 15. Medellín Fontes Martha M., Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño M.E. Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Feb 16]; 35(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.
- Gallo G., Brock F., Kerkmann U., Kola B1, Huizinga T.W. Efficacy of etanercept in combination with methotrexate in moderate-tosevere rheumatoid arthritis is not dependent on methotrexate dosage. RMD Open. 2016 Apr 21;2(1):e000186. doi: 10.1136/ rmdopen-2015-000186.

Prevalencia y características del consumo de benzodiacepinas en una comunidad rural.

Lueiro González, Natalia¹; Pichel Rodríguez, Ana¹, Fernández Merino, Carmen²; Gude Sampedro Francisco³.

- 1 RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAUDE A ESTRADA. ÁREA DE GESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.
- 2 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAUDE A ESTRADA. ÁREA DE GESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.
 3 UNIDADE DE EPIDEMIOLOXÍA CLÍNICA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Natalia Lueiro González. e-mail: natalia.lueiro.gonzález@sergas.es

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 11 - 16

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia del consumo de benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos y depresores del sistema nervioso central (SNC) en una población rural.

Diseño. Estudio Poblacional. Transversal. Ponderado y estratificado por décadas de la vida. Muestreo aleatorio estratificado por décadas de la vida.

Participantes. 1.516 personas mayores de 18 años. Participación 68% (45% hombres, 55% mujeres).

Mediciones. Variables demográficas, consumo de fármacos, cuestionarios de ansiedad y depresión de Goldberg, y de consumo excesivo de alcohol, AUDIT.

Resultados. Un 15,6% consumen benzodiacepinas (19,8% mujeres, 10,4% varones), que aumenta con la edad hasta el 28,4% en mayores de 70 años. En mayores de 60 años, el 14,4% consumen benzodiacepinas de vida media larga. La prevalencia para otros hipnóticosedantes y depresores del SNC es del 10% (13.6% mujeres, 5.5% varones), que aumenta a 15,1% en mayores de 70 años.

Toman 5 o más fármacos el 22,7% (40% asociado a benzodiacepinas y 28% a otros hipnótico-sedantes y/o depresores del SNC).

De los consumidores de benzodiacepinas, el 63,6% no tenían síntomas de ansiedad, ni síntomas de depresión el 53%, ni estaban diagnosticados de depresión el 10,3%. Un 7,6% de consumidores de riesgo alto de alcoholismo toman benzodiacepinas y 3,9% otros hipnótico-sedantes y depresores.

Conclusiones. Elevado consumo de benzodiacepinas en la población general, mayor en mujeres. Un tercio de mayores de 70 años toma benzodiacepinas. Destaca el uso de benzodiacepinas de vida media larga en personas mayores. Elevada polifarmacia en población general. Consumo alto de benzodiacepinas en bebedores de riesgo.

No prescribir benzodiacepinas si no tienen indicación. En caso de prescribirlas, hacerlo con fecha de finalización.

Palabras clave: Benzodiacepinas, hipnóticos y sedantes, polifarmacia.

SUMMARY

Background and aim. Little is known about the consumption of benzodiazepines and hypnotics in Galicia. We studied the prevalence of consumption of these drugs on a regular basis in community-living people.

Patients and methods. An age-stratified random sample of 1516 subjects was drawn from the population older than 18 years of A-Estrada (Galicia, Spain). Mean age was 52 years (range 18–92 years), 45% males, 75% of cases from a rural environment) participated in this study. Data from the AEGIS Study were used. Goldberg Anxiety/Depression scale and The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) were used.

Results. The prevalence of use of benzodiazepines was 15.6% (19.8% women, 10.4% men), and seems to increase with increasing age (24.4% in people older than 70). The prevalence of use of other hypnotic-sedative and central nervous system depressant drugs was 10% (13.6% women and 5.5% men) also increasing with increasing age (15.1% in people older than 70 years). Among benzodiazepine users, 63.6% had no symptoms of anxiety and 53% had no symptoms of depression. Among drinkers at high risk of alcoholism, 7.6% used benzodiazepines and 3.9% hypnotic-sedatives or central nervous system depressant drugs.

Conclusions. The prevalence of the use of benzodiazepines was high in a Galician population of adults who reported an increasing use with increasing age and is associated with female gender. Strategies should be developed to reduce or prevent alcohol consumption among adults who use benzodiazepines.

Do not prescribe benzodiazepines if they have no indication. If prescribed, do so with an end date.

Keywords: Benzodiazepines, hypnotics and sedatives, polypharmacy.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Acción estratégica en salud. Instituto de Salud Carlos III, (PI11/02219)

Estudio comunicado parcialmente, en formato Póster en 37º Congreso de la Semfyc de Madrid 2017.

INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas (BZDs) son un grupo de fármacos frecuentemente prescritos en la práctica médica, 1,2 que se han mostrado de utilidad para el tratamiento de diferentes problemas de salud, principalmente los síndromes de ansiedad y depresión, el alcoholismo, el insomnio, la epilepsia y el dolor.

Aunque son medicamentos bastante seguros, si se utilizan de manera prolongada pueden producir efectos adversos para la salud cómo pérdida de memoria, incremento del riesgo de accidentes y caídas, así como el desarrollo de dependencia y tolerancia.³⁻⁵

Existe una utilización prolongada de estos fármacos a pesar de la indicación de la Agencia Española del Medicamento, 1,69 que establece que su "uso no debe superar las 8-12 semanas incluyendo el periodo de retirada gradual".

Algunos grupos de pacientes están especialmente predispuestos a los efectos adversos de estas sustancias, como son: los pacientes polimedicados que toman alguna BZD o fármacos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) por la mayor posibilidad de interacciones; los pacientes consumidores de alcohol, porque potencia los efectos de las mismas; y pacientes de edad avanzada que tienen una mayor vulnerabilidad, debido a los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos, ^{10,11} además de mayor comorbilidad y polifarmacia, que los hacen más susceptibles a las interacciones y efectos secundarios. ¹²

Por todo ello, el objetivo de este estudio es conocer la prevalencia y características del consumo de BZDs, hipnóticos no benzodiacepínicos y otros depresores del SNC en una población rural, especialmente en personas mayores.

Conocer el perfil de consumo y del consumidor puede ser útil para determinar si hacemos un uso adecuado y poder mejorar la prescripción en el futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS

La fuente de datos del presente estudio se basa en el estudio AEGIS, "A-Estrada Glycation and Inflammation Study", en el que una descripción más detallada ya ha sido publicada. 13

El estudio se realizó en el municipio de A Estrada, que tiene 19346 habitantes. Aproximadamente el 75% de la población viven en el entorno rural.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo aleatorio estratificado por décadas de la vida, del Registro de la Tarjeta Sanitaria, que tiene una cobertura superior al 95% de la población.

La muestra fue estratificada por los siguientes grupos de edad: 18 a 29 años, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 años y mayores. Mediante un programa informático se eligieron 500 individuos para cada grupo.

Todos los individuos que no pudieron dar consentimiento informado fueron excluidos, la mayoría de ellos por demencia, enfermedades en fase terminal e incapacidad para la comunicación (Figura 1).

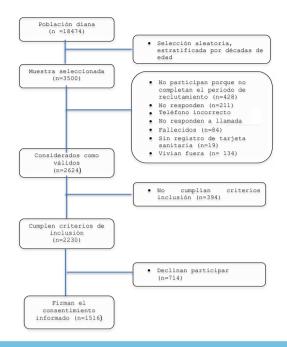


Figura 1. Flujo de participación en el estudio

Un total de 1516 sujetos participaron en el estudio [tasa de participación, 68%; 678 (45%) hombres y 838 (55%) mujeres]. La participación fue más baja en hombres (65%) que en mujeres (71%) y por edades en los más jóvenes y los mayores. No hubo diferencias significativas en edad, sexo y lugar de residencia (rural/urbano) entre los que participaron en el estudio y aquellos que no lo hicieron. Desde Noviembre 2012 a Marzo del año 2015, todos los sujetos fueron citados a una entrevista clínica en el centro de salud, donde se realizó: (a) un cuestionario dirigido por el clínico, que incluía datos demográficos, antecedentes familiares y personales de consumo de fármacos, así como el registro del consumo de tabaco y alcohol; (b) cuestionario AUDIT de alcoholismo; (c) cuestionario de ansiedad-depresión de Goldberg; (d) enfermedades crónicas diagnosticadas.

En la entrevista clínica se preguntó acerca del consumo de fármacos, las respuestas se cotejaron con lo registrado en la historia clínica electrónica (IANUS). Los fármacos se clasificaron en: benzodiacepinas, y otros fármacos de acción hipnótico sedante o depresores del SNC (antipsicóticos, hipnóticos, otros ansiolítico/sedantes, antidepresivos, analgésicos opioides, antiepilépticos y antihistamínicos sedantes). Se contabilizó además el número total de medicamentos para determinar la existencia de polifarmacia, definida por el consumo de 5 o más medicamentos simultáneamente.

El consumo de alcohol se evaluó mediante unidades estándar de alcohol sumando los vasos de vino (10 g), botellines de cerveza (10 g), y licores (20 g) consumidos a lo largo de una semana. ¹⁴ A efectos de análisis, se cuantificaron en: abstemios (0 g/semana), bebedores ligeros (1-140 g/semana) y moderados (> 140 g/semana).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg consta de dos escalas autocumplimentables diseñadas específicamente para la detección de ansiedad y depresión en la población general y en el ámbito de la atención primaria. Scores de +2 en la escala de depresión y de +4 en la de ansiedad se consideran probables casos de ansiedad y depresión, respectivamente. Se han utilizado versiones validadas en castellano para ambas escalas. ¹⁵⁻¹⁷

Además se pasó una versión validada en castellano del "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT), que evalúa dependencia del consumo de alcohol, consumo peligroso actual y de desarrollar en el futuro consecuencias físicas y mentales derivadas del consumo excesivo de alcohol. Todas las preguntas usan una escala de 5 puntos (0-4).^{18,19}

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Dado el muestreo estratificado, hemos utilizado un análisis basado en el diseño, con ponderaciones que tuvieran en cuenta la selección no proporcional de la muestra y los abandonos.²⁰

Para la estimación apropiada de los errores estándar se ha utilizado el programa Stata (StataCorp., College Station, TX, EEUU). Todas las estimaciones, medias y prevalencias se presentan con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se consideraron significativos aquellos valores de p < 0,05.

RESULTADOS

Del total de 1516 participantes en el estudio, el 15,6% de los encuestados tomaba alguna BZD, siendo la prevalencia de consumo mayor en mujeres (19,8%) que en hombres (10,4%).

La Tabla 1 muestra la distribución del consumo de BZD, agrupada por edad, sexo y décadas de la vida. La prevalencia de consumo fue mayor en mujeres para todos los grupos de edad, se va incrementando con la edad, siendo superior en los pacientes más ancianos, llegando al 28,4% en el grupo de 70 o más años.

TABLA 1. Prevalencia (porcentajes) del consumo de benzodiacepinas en relación con los grupos de edad y sexo

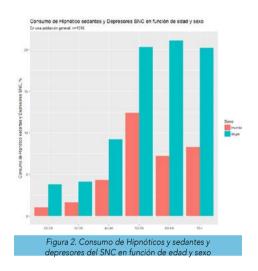
Grupos de edad, años	Acción Corta	Acción Intermedia	Acción Larga	Total
Mujeres				
18-29	3,4 (0 - 7,3)	1,1 (0 - 3,4)	2,3 (0 - 5,4)	5,7 (0,8 - 10,6)
30-39	1,6 (0 - 3,9)	2,5 (0 - 5,3)	0,8 (0 - 2,4)	5,8 (1,0 - 10,0)
40-49	8,5 (4,1 - 13,0)	3,3 (0,4 - 6,1)	3,3 (0,4 - 6,1)	13,8 (8,3 - 19,3)
50-59	10,9 (6,0 - 15,8)	10,2 (5,5 - 15,0)	3,9 (0,8 - 7,0)	25,7 (18,8 - 32,6)
60-69	8,7 (4,2 - 13,3)	8,7 (4,2 - 13,3)	12,1 (6,8 - 17,3)	26,8 (19,7 - 34,0)
≥ 70	11,8 (6,6 - 17,0)	14,4 (8,9 - 20,0)	7,2 (3,1 - 11,3)	33,5 (26,0 - 41,0)
Global	7,9 (6,0 - 9,8)	7,4 (5,6 - 9,3)	5,0 (3,5 - 6,5)	19,8 (17,1 - 22,6)
Hombres				
18-29	0 (0 - 0)	2,4 (0,9 - 6,0)	1,2 (0 - 3,6)	3,6 (0 - 7,6)
30-39	0,9 (0 - 2,8)	0,9 (0 - 2,8)	0,9 (0 - 2,8)	1,9 (0 - 4,5)
40-49	4,8 (1,0 - 8,5)	0,8 (0 - 2,3)	1,6 (0 - 3,8)	7,1 (2,6 - 11,7)
50-59	5,6 (1,2 - 9,9)	3,7 (0,1 - 7,2)	7,4 (2,4 - 12,4)	15,7 (8,8 - 22,6)
60-69	3,9 (0,5 - 7,3)	4,7 (1,0 - 8,4)	3,1 (0,9 - 6,2)	11,8 (6,2 - 17,4)
≥ 70	6,8 (2,3 - 11,4)	9,2 (3,8 - 14,6)	4,9 (0,9 - 8,9)	21,0 (13,5 - 28,5)
Global	3,8 (2,3 - 5,2)	3,8 (2,3 - 5,3)	3,1 (1,8 - 4,4)	10,4 (8,1 - 12,7)

La prevalencia se expresa en porcentajes (intervalos del confianza al 95%)

En cuanto al tipo de benzodiacepina utilizada, fue mayor el consumo de BZD de vida media (BVM) corta (6,1%), seguida de las BVM intermedia (5,8%) y en menor medida de las de BVM larga (4,2%). Sin embargo,

entre los pacientes de 60 o más años se encontró que el 14,4% toman BVM larga.

La prevalencia del uso de otros fármacos con acción hipnótico-sedante o efectos depresores sobre el SNC fue del 10%, siendo mayor en las mujeres (13,6%) que en los varones (5,5%). La Figura 2 muestra la distribución del consumo de estos psicofármacos por sexo y edad, agrupada por décadas de la vida. De nuevo el consumo de estos medicamentos se va incrementando con la edad, llegando hasta el 15,1% en aquellos de 70 o más años.



El 22,8% consumían 5 o más fármacos (Figura 3), entre ellos el 40% tomaba alguna BZD, y el 28% algún fármaco del grupo de otros hipnótico-sedantes y/o depresores del SNC.

Al analizar la prevalencia de síntomas ansioso-depresivos, según el cuestionario de Goldberg, entre los pacientes consumidores de este tipo de fármacos: se ha encontrado que el 63,6% de los que toman BZD no tenían asociados síntomas de ansiedad, y 53% tampoco presentan sintomatología depresiva. No constaba el diagnóstico de depresión en el 10,3%.

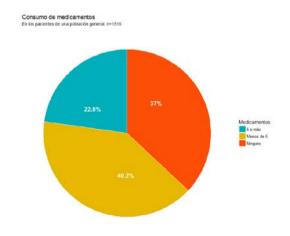


Figura 3. Consumo de medicamentos

Por último, en cuanto a los pacientes consumidores de alcohol de riesgo, encontramos que el 12,1% consumen alguna benzodiacepina,

^{*} Valores ponderados.

y el 2,4% algún fármaco hipnótico-sedante o depresor del SNC no benzodiacepínico. El 1,6% consume fármacos de ambos grupos además de alcohol (Figura 4).

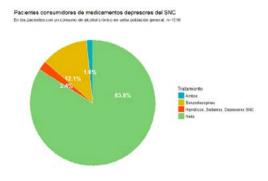


Figura 4. Consumo de medicamentos depresores del Sistema Nervioso Central en personas con consumo crónico de alcohol

DISCUSIÓN

De nuestros datos se deduce que existe un elevado consumo de BZDs, que concuerda con resultados obtenidos por otros investigadores, los cuales describen un aumento del consumo BZDs desde los años 90 y que ha ido en aumento en la última década, llegando hasta el 26% según un estudio realizado en España entre 2006-2015.²¹ Algunas investigaciones han situado a España como uno de los países que más las utiliza.^{21,22}

Observamos que las mujeres toman el doble de BZDs (19,8%) que los varones (10,4%), perfil de consumo ya descrito por otros autores. El mayor uso entre las mujeres se ha explicado en la literatura por su mayor longevidad y la mayor utilización y demanda de los servicios sanitarios. 1,6,7,23,24

Destaca la tendencia al alza del consumo de estos fármacos a medida que aumenta la edad, también reflejado en otras investigaciones. 1.23.24 Encontramos que el 28,4% de los mayores de 70 años utilizan al menos alguna BZD. El consumo en ancianos es especialmente relevante dadas las modificaciones en la farmacodinamia y farmacocinética. Se ha estudiado que en este grupo de edad son más seguras las benzodiacepinas que utilizan la vía conjugada hepática como es el caso del lorazepam. 6 En nuestro estudio un 14,4% de los mayores de 60 años toman BZDs no apropiadas en este grupo, como son las de vida media larga. 6.9

En cuanto al uso de otros fármacos con acción hipnótico sedante no benzodiacepínicos y depresores que actúan sobre el SNC, hemos visto que la prevalencia fue del 10%. Aunque las publicaciones encontradas en nuestro país se limitan a fármacos hipnótico-sedantes sin incluir otros fármacos con efecto depresor sobre el SNC, la prevalencia fue similar. ^{25,26} Por otra parte se ha estudiado que a pesar de ser menor la utilización de estos fármacos comparada con la de las BZDs ansiolíticas, también se refleja un crecimiento de su consumo como el observado en dos estudios españoles. ^{26,27} Teniendo en cuenta el riesgo de su utilización en personas de mayor edad por la potenciación de efectos sedativos, caídas y alteraciones en la memoria: encontramos que un 15,1% de las personas de 70 o más años las emplean a pesar de que las medidas higiénicas del sueño, son la primera opción terapéutica.

Encontramos que el 22,8% de los participantes en nuestro trabajo consume 5 o más fármacos y destaca que el 40% toma alguna BZD y el 28% otros fármacos hipnótico-sedantes no benzodiacepínicos y/o

depresores del sistema nervioso, con lo que existe el riesgo de aumento de los problemas relacionados por interacciones medicamentosas. En un trabajo realizado en Castilla La Mancha en 2016, encontraron que el 19,4% de los pacientes tomaban 2 o 3 principios activos hipnóticos simultáneamente y el 73,8% tomaban al menos un fármaco con posible interacción con hipnóticos.²⁵

Al analizar los síntomas de ansiedad y depresión mediante el cuestionario de Goldberg, encontramos que entre los consumidores de BZDs el 63,6% no tenían síntomas de ansiedad, ni el 53% síntomas de depresión. Aunque es posible que algunos pacientes no tengan síntomas por el efecto beneficioso de los fármacos, esto nos induce a pensar que existe una utilización prolongada no justificada del tratamiento. Tampoco constaba el diagnóstico de depresión en el 10,3% de los consumidores de estos medicamentos. Estos datos nos hacen reflexionar sobre la importancia del adecuado diagnóstico a la hora de prescribir un tratamiento con psicofármacos. En un estudio realizado en España publicado en el año 2000, en el 42% de los usuarios de estos medicamentos no constaba el motivo por el que se le prescribían.²³ De todo esto se deduce la necesidad de mejorar a la hora de prescribir medicamentos con riesgos a largo plazo, de cara a realizar una adecuada indicación y seguimiento a largo plazo.

De la misma manera, del análisis realizado en los pacientes que presentaban consumo de riesgo de alcohol determinado por el cuestionario AUDIT, el 12,1% tomaba BZDs y el 2,4% otros hipnótico-sedantes y depresores SNC. Así pues, podemos decir que existe un uso concomitante de ambas sustancias, aunque no muy alto, si es relevante por las interacciones y potenciación de sus efectos cuando se consumen juntos. Sin embargo en una publicación reciente sobre psicofármacos en España se recoge de los datos de las Encuesta Nacional de Salud de 2006 y 2012, un consumo inferior de alcohol entre las personas que tomaban estos medicamentos. Estas diferencias se podrían explicar por la posible tendencia a la infradeclaración del consumo real de esta sustancia, dadas las implicaciones sociales que supone.²⁴

Este estudio presenta algunas limitaciones, en cuanto a que no se indagó la duración del tratamiento. Si a ello sumamos que es un estudio transversal, no es posible evaluar si existe un consumo prolongado de estos medicamentos. Por otra parte se pueden sobreestimar los datos de asociación con depresión, ansiedad y alcoholismo, ya que se desconoce la prescripción por otras patologías como el insomnio, el dolor osteomuscular o la epilepsia, no recogido en la encuesta, o por posible infradeclaración del consumo de alcohol.

Las principales fortalezas de nuestro estudio son el elevado número de participantes, con elevada participación, y en el que todas las prescripciones fueron confirmadas a través del programa informático IANUS, en el que aparecen las prescripciones realizadas por los facultativos.

CONCLUSIONES

Existe un elevado consumo de benzodiacepinas en la población general, mayor entre las mujeres. Casi un tercio de los mayores de 70 años toma benzodiacepinas. Aunque no en un porcentaje muy elevado, consideramos que es importante destacar el uso de BVM larga en personas mayores. Hay elevada polifarmacia en la población general. También destacar el consumo no despreciable de benzodiacepinas en bebedores de riesgo.

Por todo lo dicho anteriormente, creemos que es importante fomentar el uso racional de BZDs y fármacos hipnótico-sedantes así como otros depresores del SNC. Se debe tener en cuenta el perfil del paciente, prestando especial atención al paciente frágil (atendiendo a sus

CADERNOS de atención primaria

comorbilidades, edad avanzada y polifarmacia), antes de prescribirlos. Tampoco debemos olvidar las implicaciones para la salud, incidiendo especialmente en la calidad de vida y la morbimortalidad. Es por tanto necesario, mejorar la seguridad del tratamiento y la prescripción en atención primaria.

PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

Elevado consumo de benzodiacepinas en la población.

Mayor consumo de benzodiacepinas entre las mujeres. Uso no adecuado de benzodiacepinas de vida media larga en personas mayores.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Elevado consumo de benzodiacepinas en una comunidad rural de Galicia, asociado a la polifarmacia, en donde la tercera parte de los mayores de 70 años consumen estos fármacos.

Se cuestiona la correcta indicación en el uso de las benzodiacepinas, ya que más de la mitad de los pacientes que las toman, no presentan síntomas de ansiedad ni depresión.

Consumo de benzodiacepinas, hipnóticos no benzodiacepínicos y otros depresores del sistema nervioso central entre consumidores de riesgo de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- Bejarano Romero F., Piñol Moreso J.L., Mora Gilabert N., Claver Luque P., Brull López N., Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiacepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. Aten Primaria. 2008;40:617-621.
- Domínguez V., Collares Gabriela M., Tamosiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. Rev Urug Med Interna. ISSN: 2393-6797 - Diciembre 2016 N°3: 14-24.
- Barker M.J., Greenwood K.M., Jackson M., Crowe S.F. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. Arch Clin Neuropsychol. 2004;19:437–454.
- Lader M.H. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? Eur Neuropsychopharmacol. 1999;9(Suppl 6):S399–405.
- Centro Andaluz de Información del Medicamento (CADIME). Benzodiazepines: risks and strategies for their withdrawal. Granada; Available from: https://doi.org/10.11119/BTA2014-29-02. Accessed 21 Dec 2017.
- Velert Vila J., Velert Vila M.M., Salar Ibáñez L., Avellana Zaragoza J.A., Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. Aten Primaria. 2012;44:402-410.
- 7. Vedia Urgell C., Bonet Monne S., Forcada Vega C., Parellada Esquius N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36:239-247.
- 8. Terán-Álvarez L., González-García M.J., Rivero-Pérez A.L., Alonso-Lorenzo J.C., Tarrazo-Suárez J.A. Prescripción potencialmente

- inadecuada en pacientes mayores grandes polimedicados según criterios «STOPP». Semergen. 2016;42:2-10.
- Parodi López N., Villán Villán Y.F., Granados Menéndez M.I., Royuela A. Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. Aten Primaria. 2014:46:290-297.
- Klotz U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. Drug Metab Rev. 2009;41:67-76.
- Hutchison L.C., O'Brien C.E. Changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly patient. J Pharm Policy Pract. 2007;20:4-12.
- 12. Castro-Rodríguez J.A., Orozco-Hernández J.P., Marín-Medina D.S. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. Rev Med Risaralda. 2016;22: 52-57.
- Gude F., Díaz-Vidal P., Rúa-Pérez C., Alonso-Sampedro M., Fernández-Merino C., Rey-García J., et al. Glycemic Variability and Its Association With Demographics and Lifestyles in a General Adult Population. J Diabetes Sci Technol. 2017;11:780-790.
- Gual A., Martos A.R., Lligoña A., Llopis J.J. Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies? Alcohol Alcohol. 1999;34:153-160.
- Goldberg D., Bridges K., Duncan-Jones P., Grayson D.: Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. Psychol Med. 1987;17:461-470.
- Goldberg D., Bridges K., Duncan-Jones P., Grayson D.: Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ. 1988;297:897-899.
- 17. Montón C., Pérez Echeverría M.J., Campos R., García Campayo J., Lobo A.: [Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychologic distress]. Aten Primaria. 1993;12:345-349.
- 18. Babor T.E., Bohn M.J., Krantzler H.R.: The alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol. 1995;56:423-432.
- Rubio Valladolid G., Bermejo Vicedo J., Caballero Sánchez-Serrano M.C., Santo-Domingo Carrasco J. [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. Rev Clin Esp. 1998;198:11-14.
- 20. Levy P.S., Lemeshow S. Sampling of populations: methods applications, 3rd ed. New York: John Wiley & Sons, 1999.
- 21. Fernández García M.A., de Labry Lima A.O., Ferrer Lopez I., Bermúdez-Tamayo C. Analysis of changes in trends in the consumption rates of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs. J Pharm Policy Pract. 2018;11:1.
- 22. Simó Miñana J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. Aten Primaria. 2012;44:335-347.
- Escrivá Ferrairó R., Pérez Díez A., Lumbreras García C., Molina París J., Sanz Cuesta T., Corral Sánchez M.A. Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. Aten Primaria. 2000;25:107-110.
- 24. Carrasco-Garrido P., Hernández-Barrera V., Jiménez-Trujillo I., Esteban-Hernández J., Álvaro-Meca A., López-Andrés A. Time trend in psychotropic medication use in Spain: A Nationwide Population-Based Study. Int J Environ Res Public Health. 2016;13,1177.



- Alejandre Lázaro G., Díaz Aguado J., Adán Valero M.A., Acín Gericó M.T. La utilización de hipnóticos en Atención Primaria. Aten Primaria. 2011;43:274-275.
- Vicente Sánchez M.P., Saint Gerons D.M., de la Fuente Honrubia C., González Bermejo D., Montero Corominas D., Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. Rev Esp Salud Pública. 2013;87:247-255.
- Sempere Verdú E., Salazar Fraile J., Palop Larrea V., Vicens Caldentey C. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. Aten Primaria. 2014;46:416-425.

Intervención para mejorar el registro del hábito tabáquico en un centro de salud.

An intervention to improve smoke habits register in a primary care center.

A. Maldonado Díaz¹; M. A. Hernández Gómez¹, N. J. Sánchez Sánchez¹, M. T. Alves Pérez², P. Gayoso Diz³⁻⁴

- 1 CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE. ESPAÑA.
- 2. ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE, JUAN XXIII, 19, 32003, OURENSE, ESPAÑA,
- 3 CENTRO DE SALUD DE OROSO. RÚA CAMIÑO INGLÉS. S/N. 15888. OROSO. A CORUÑA. ESPAÑA.
- 4 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE SANTIAGO (IDIS), A CHOUPANA S/N, 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Adalid Maldonado Díaz. e-mail: adal555_12@hotmail.com

RESUMEN

Cad Aten Primaria

Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 17 - 22

Objetivo: Obtener la variación en el registro de tabaquismo en la historia clínica electrónica (HCE) de los facultativos de atención primaria (AP) tras realizar una campaña de concienciación, en un centro de salud (CS) urbano.

Diseño: Estudio de intervención con evaluación pre y post (18 meses) dirigido a médicos de familia (MF). Se incluyeron médicos con estabilidad en la plaza (>6 meses), que aceptaron participar y se evaluaron las historias de los pacientes (edad> 15 años).

Método: Coincidiendo con la "Semana Sin Humo de semFYC" se realizaron dos intervenciones (mayo 2015 y 2016) sobre médicos dirigidas a mejorar el registro del tabaquismo en HCE. Se realizaron sesiones clínicas, revisión de recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), carteles, recordatorios individuales, etc.

El estudio cuenta con aprobación del CEI de Galicia Cod. Reg. 2015/141.

Resultados: De los 20 médicos que trabajan en el CS, se analizaron los registros realizados por 9 (45%) médicos. En total se analizaron datos de 13109 pacientes correspondientes a los 9 cupos. En el primer registro pre intervención, estaban registrados como fumadores 676 (5,16%) pacientes. En diciembre de 2015, a los 6 meses de la intervención, se incrementaron a 835 (6,37%) pacientes y en el tercer registro (diciembre de 2016) eran 957(7,3%) los pacientes registrados.

Conclusión: Una intervención de concienciación en tabaquismo mejora el registro en historia clínica.

Palabras clave: Tabaquismo; Atención Primaria; Diagnóstico; Valoración; Prevalencia.

SUMMARY

Objective: To obtain the variation in the smoking register in the electronic medical record (EMR) of Primary Care(PC) Doctors after conducting an awareness campaign, in an urban Health Center (HC)

Design: Intervention study with pre and post evaluation (18 months) focused on Family Doctors (FD). Doctors with stability in their workplace (>6 months) who accepted participate were included and medical records of the patients (Age>15 years old) were evaluated.

Method: two interventions in family doctors during "Semana sin humo, Semfyc" (May 2015 and May 2016) in order to improve smoking habits register in EMR were done. Clinical sessions, review of recommendations of the Program of Preventive Activities and Health Promotion (PAPPS), posters, individual reminders, etc. were carried out.

This study was approved for an Autonomic Ethical Committee (CEIC-Galicia 2015/141

Results: We analyzed the registers of 9(45%) doctors, of the 20 that works in our Health center. 13109 patients assigned to these 9 doctors were analyzed. Were registered as smokers 676 (5.16%) patients, n the first pre-intervention registry. In December 2015, at 6 months of the intervention, they increased to 835 (6.37%) patients and in the third registry (December 2016) were 957 (7.3%) registered patients.

Conclusions: An awareness-raising intervention in smoking improves registration in medical record.

Keywords: smoke, primary care, diagnosis, evaluation, prevalence.

INTRODUCCIÓN

Fumar es causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular (ECV), complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de 25 problemas de salud¹. En general, la mayoría de las personas sabe que el consumo de tabaco es perjudicial, pero no es consciente de la dimensión del riesgo asociado, es decir, las probabilidades que tiene de sufrir discapacidad o muerte prematura debido a ello².

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (EESE 2014), la prevalencia de fumadores es de 23% (27,6% en hombres y 18,6% en mujeres) alcanzando la cifra más baja en las últimas décadas³

La evolución de la mortalidad atribuible a tabaco en los últimos quince años muestra una disminución del consumo en varones y un aumento en mujeres⁴. El descenso de la mortalidad por CP es mayor entre los hombres más jóvenes decreciendo con la edad. Desde finales de los años 80, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón (CP) aumentó significativamente entre mujeres de 55 años y mayores, siendo mayor su aceleración a partir del año 2000 y nivelándose con la tasa en hombres entre los años 2000 y 2007⁴. De forma global se estima que en 2012 se produjeron 165 muertes diarias por causas atribuibles al consumo de tabaco. Aunque los estudios muestran una disminución de la prevalencia global de tabaquismo, el número de muertes atribuibles al mismo ha aumentado en los últimos 20 años⁵.

La consulta de Atención primaria representa el primer nivel de abordaje de actividades preventivas, entre ellas el tabaquismo⁶. La utilización de las consultas de AP es cada día mayor. Se estima que en España el 75% de personas acude a su médico de familia (MF) al menos una vez al año, lo que proporciona al profesional y al sistema sanitario múltiples oportunidades de abordar el problema del tabaquismo, tanto informando como ayudando a los interesados en abandonar su consumo^{1,6,7}.

La estrategia con mayor evidencia de efectividad es la denominada «las 5 aes» ^{1,8,9}. Consta de 5 pasos: preguntar a toda persona que acuda a consulta si fuma o no (A1), en su caso, darle consejo sanitario para dejar de fumar (A2) y valorar su disposición para hacer un intento de abandono (A3). Si muestra deseo de dejar de fumar, el clínico debe ayudarle ofreciéndole asesoramiento, con técnicas conductuales y medicación adecuada (A4) y acordar revisiones de seguimiento (A5)10. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) recomienda interrogar en cada visita sobre consumo de tabaco a personas mayores de 10 años y registrarlo en la historia clínica (recomendación grado A, USPSTF). La periodicidad mínima de esta detección debe ser bianual, no siendo necesario re interrogar a los mayores de 25 años en quienes se tenga constancia en historia clínica que nunca han fumado. Todos los fumadores deben recibir consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecerse ayuda para dejar de fumar y fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejarlo (recomendación grado A, USPSTF)^{1,11,12}.

Múltiples estudios muestran que los médicos de familia (MF) no abordan en la práctica clínica esta intervención en la forma que lo establecen las Guías de Práctica Clínica GPC)¹⁵⁻¹⁸. Es difícil identificar otro condicionante de salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención. Las cargas de trabajo crecientes en las consultas de AP, la falta de sensibilización de los profesionales o la percepción de no tener suficiente formación para el consejo en consulta están entre las causas que podrían explicar este déficit. Por ello, se hace necesario desarrollar estrategias sostenibles, dirigidas a mejorar el abordaje del tabaquismo en las consultas de atención primaria⁶. La identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales⁸, en un metaanálisis la presencia de un sistema de identificación aumentó

la intervención de los clínicos (odds ratio [OR] 3,1, IC del 95%: 2,2-4,2)¹³. A pesar de ello, el registro de tabaquismo en historia clínica (HC) es muy bajo, incluso entre profesionales motivados con este problema. Un estudio preliminar realizado en 2014 en una consulta de nuestro centro de salud, mostró que el 59,2% de las historias revisadas no tenían registro de tabaquismo¹⁴.

El objetivo de este estudio es conocer el impacto de una intervención de sensibilización, realizada en MF, sobre la calidad de registro de hábito tabáquico en la historia clínica electrónica (HCE) en un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio prospectivo de intervención dirigida a mejorar el registro del tabaquismo en HCE, sin grupo control, con medición pre y post intervención de las variables de resultado, Población de estudio: centro de salud urbano en Ourense (CS Novoa Santos) con una población adscrita al mismo de 28161 habitantes mayores de 15 años. Se incluyeron en el estudio todos los MF que se comprometieron a participar en las intervenciones y firmaron el consentimiento informado, con estabilidad en su plaza mayor a seis meses y permanencia en la misma hasta el último registro. Se excluyeron del estudio los pediatras y los MF con ausencias o bajas en su puesto de trabajo> 1 mes. De los MF incluidos se revisaron las HCE de las personas asignadas, salvo las pertenecientes a: menores de 15 años; desplazados que fueron atendidos en el centro durante el periodo de estudio; y éxitus. Figura 1.

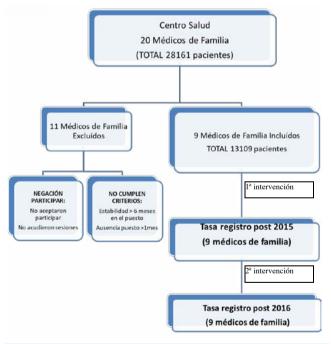


Figura 1. Diagrama de la inclución y exclusión de Medicos de familia en el estudio

Intervención: Coincidiendo con la "Semana Sin Humo" promovida por semFYC se realizaron durante los años 2015 y 2016 sendas intervenciones anuales sobre los MF centradas en sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de identificar y registrar el hábito tabáquico en la HCE. Se desarrollaron sesiones con periodicidad semanal, durante los meses de mayo de 2015 y 2016, de abordaje del tabaquismo, impartidas por residentes de medicina familiar y comunitaria. Consistieron en sesiones clínicas, bibliográficas,

presentación de resultados y revisión de recomendaciones PAPPS. Además, durante el mismo periodo se realizaron acciones de refuerzo: difusión por correo electrónico de carteles y recordatorios individuales

Variables de estudio: De los MF: edad, sexo, historia tabáquica, turno de trabajo, años de antigüedad en el centro y condición de tutor o no tutor de residentes. De cada MF incluido se obtuvo el listado de pacientes con episodio "Abuso de Tabaco" (CIAP P17) en el momento basal (T0- abril 2015), seis meses después de la primera intervención (T1- diciembre 2015) y seis meses después de la segunda intervención (T2-diciembre 2016). De los pacientes registrados se recogieron edad y sexo.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de las características de médicos y pacientes. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje y las continuas como media ± desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. La hipótesis de normalidad de las variables se testó mediante el test de Kolmogorov- Smirnov. Se realizaron pruebas paramétricas/no paramétricas (según condiciones de aplicación) para determinar las características (de profesionales y de pacientes) asociadas a la variabilidad en el registro de hábito tabáquico en la HCE: Chi-Cuadrado, T-Student, U de Mann- Whitney. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un p-valor <0.05. Los análisis se realizaron utilizando SPSS 22.0 y Epidat 4.1.

Aspectos éticos. El protocolo cuenta con el dictamen favorable del Comité Territorial de Ética de Investigación correspondiente, con código 2015/141.

RESULTADOS

Las características de los profesionales y los fumadores se detallan en la tabla 1.

TABLA 1. Características de la muestra global de pacientes fumadores registrados y de los facultativos participantes en el estudio

ei estudio					
Variable	Características de los Facultativos (n=9)	Características de los pacientes fumadores n(%) (n=957)			
Sexo (mujer) n (%) 5 (55,6%) IC95% [1,20-86,30]		447(46,7%) [43,50-49,92]			
Edad media (IC95%)*	57,43 (±3,64) [54,63-60,23]	49,73(±13,55) [48,87-50,59]			
Turno n (%) Mañana	6(66,7%) [29,93-92,56]	-			
Tarde	2(22,2%) [2,81-60,01]				
Deslizante	1(11,1%) [0,28-48,25]	-			
Tutor (si) n (%) 5(55,6%) [1,20-86,30]		-			
Cupo n (%) 5(55,6%) (<1450) [1,20-86,30]		-			
1451-1500 2(22,2%) [2,81-60,01]		-			
>1500	2(22,2%) [2,81-60,01]	-			

*IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%

En el momento basal pre-intervención (T0), de las 13109 personas asignadas a los 9 cupos analizados, 676 (5,16%) estaban registradas como fumadoras; tras la primera intervención (T1) ascendieron a 835 (6,37%) y a 957 (7,3%) tras la segunda intervención (T2). En T1 el incremento del registro fue significativamente mayor que el obtenido en T2 (p=0.031). El aumento de registro en T1 fue estadísticamente significativo (p=0,006) no así en T2, ya que, aunque aumentó respecto a T0, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0,600). Se encontraron diferencias significativas en el número de registros según el sexo del MF (p<0,001) Figura 2.



Figura 2. Evolución del porcentaje de registro anual de pacientes fumadores tras las intervenciones, global (nº de registros anuales/Total de pacientes) y según el sexo del facultativo.

Las variables de los MF asociadas a diferencia en la respuesta a la intervención se presentan en la tabla 2.

TABLA 2. Evolución de los registros de tabaquismo en el centro de salud (número de pacientes/año). Total registrado: Número total de pacientes registrados y porcentaje [IC al 95%] respecto al total de pacientes adscritos al centro de Salud.

Variable	Basal	Primera intervención	Segunda intervención	p-valor
Edad media (pacientes) IC 95% para la media	51,07(±13,10) [48,63-53,51]	47,67(±14,61) [45,38-49,96]	45,01(±13,26) [42,63-47,39]	<0,001*
Total pacientes/ año	113	159	122	<0,001
Médico Varón IC 95 %	38 (33,63%) [24,48%-42,78%]	39(24,53%) [17,53%-31,53%]	24(19,67%) [12,21%-27,14%]	<0,001
Mujer	75 (66,37%) [57,22%-75,53%]	120 (75,47%) [68,47%-82,47%]	98(80,33%) [72,86%-87,79%]	
Turno Mañana	73 (64,60%) [55,34%-73,86%]	68 (42,77%) [34,76%-50,77%]	58(47,54%) [38,27%-56,81%]	<0,001
Tarde	29 (25,66%) [17,17%-34,16%]	52(32,70%) [25,10%-40,31%]	31(25,41%) [17,28%-33,55%]	
Deslizante	11(9,74%) [3,83%-15,64%]	39(24,53%) [17,53%-31,53%]	33(27,05%) [18,76%-35,34%]	
Tutor Si	43(38,05%) [28,66%-47,45%]	93 (58,49%) [50,52%-66,46%]	57(46,72%) [37,46%-55,98%]	<0,001
No tutor	70(61,95%) [52,55%-71,34%]	66 (41,50%) [33,54%-49,48%]	65(53,28%) [44,02%-62,54%]	
Cupo (<1450)	75 (66,37%) [57,22%-75,53%]	74(46,54%) [38,47%-54,61%]	70(57,38%) [48,19%-66,56%]	<0,001
1451-1500	23 (20,35%) [12,49%-28,22%]	28(17,61%) [11,38%-23,85%]	12(9,84%) [4,14%-15,53%]	

Variable	Basal	Primera intervención	Segunda intervención	p-valor
>1500	15 (13,27%) [6,58%-19,97%]	57(35,85%) [28,08%-43,62%]	40(32,79%) [24,05%-41,53%]	
Medico Fumador	31(27,43%) [18,77%-36,10%]	41(25,79%) [18,67%-32,90%]	36(29,51%) [21,01%-38,01%]	<0,001
No Fumador	6(5,31%) [0,73%-9,89%]	8(5,03%) [1,32%-8,74%]	5(4,10%) [1,34%-9,31%]	
Ex fumador	76(67,26%) [58,16%-76,35%]	110(69,18%) [61,69%-76,67%]	81(66,39%) [57,60%-75,19%]	
TOTAL REGISTRADO	676(5,16%)	835(6,37%)	957(7,3%)	<0,001

*P-valor: test Chi cuadrado. *Anova de un factor

De los 957 fumadores registrados, 510 (53,3%) eran varones. La edad media fue 49,72 años, IC 95% (48,76-50,59) siendo en mujeres fumadoras 48,58 +12,75 y en varones fumadores 50,73 +14,14, (p=0.014). También se encontraron diferencias en la edad media de los pacientes registrados siendo más jóvenes los pacientes registrados tras la segunda intervención (p<0,001). Figura 3.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes con registro de tabaquismo y el sexo del médico que registra (p=0,081).

DISCUSIÓN

En este estudio se muestra la efectividad de una intervención sencilla, reproducible, realizada por residentes de MF en un centro de salud dentro de las actividades programadas de equipo, en el incremento de registro de tabaquismo en la historia clínica de los pacientes. Además, este incremento se mantuvo a los dos años.

La prevalencia del tabaquismo en España sigue siendo alta (23%), aunque ha disminuido en los últimos años, 8.1 puntos a raíz de la legislación antitabaco (del 32 al 23%)¹⁹. En nuestro estudio se confirma que el registro de fumadores activos es muy bajo¹⁴, por lo que se necesitan estrategias para mejorar el registro en la HCE por parte de los MF⁶. La intervención para promover el abandono del tabaquismo debe partir necesariamente de un buen registro con identificación de la población en riesgo^{1,6}. Por el impacto de AP, diversos autores consideran el tabaquismo como un indicador de morbimortalidad evitable imputable a atención primaria^{6,20}.

En cuanto a las características de la población analizada, se encuentra un mayor registro en los tramos medios de la vida, siendo la edad media de las mujeres fumadoras 3 años menor que los varones, confirmando el incremento de prevalencia de tabaquismo en mujeres ²¹⁻²⁴. Como muestran diferentes autores, el registro debe mejorar en todos los tramos de edad, en menores de 40 años porque supone disminuir el riesgo de mortalidad por patología asociada a tabaquismo, y en mayores de 50 y 60 años porque disminuye la mortalidad global y es factor de riesgo independiente de riesgo cardiovascular ²⁵⁻²⁹.

Hemos observado que un mayor registro del hábito tabáquico en la HCE se asocia con características de los MF: trabajar en turno de tarde, menor antigüedad en el puesto de trabajo, tener cupos grandes (mayores de 1450 personas) o ser exfumador. Los médicos que trabajan de tarde son los últimos en incorporarse al centro de salud y quizá revisar y actualizar los datos de sus pacientes, contribuye a incrementar el registro de conductas de riesgo. Por otra parte, ser tutor se asoció en nuestro estudio a una mejora de registro mayor respecto a los no

tutores; esto puede ser debido a que la intervención la llevaron a cabo los residentes y, por tanto, sus tutores se hayan implicado más en el estudio. Otro dato a destacar en nuestro estudio es que la intervención fue más efectiva entre las MF mujeres, en ambas intervenciones con respecto a los facultativos varones.

Nuestro trabajo de intervención surgió como consecuencia de un primer estudio que hicimos en una consulta de nuestro Centro de Salud, en el que valoramos la prevalencia de tabaquismo y en el que detectamos el infraregistro del abuso de tabaco por parte de los médicos¹5. Por lo tanto nos planteamos hacer este trabajo de intervención para mejorar dicho registro en las consultas de los médicos del Centro de Salud. Sabemos que esta actividad preventiva no sólo corresponde a los médicos, sino también a los demás profesionales de la salud que se dedican al cuidado de los pacientes. Por lo tanto nuestro objetivo es continuar con dicha actividad y hacer dicha intervención sobre estos profesionales sanitarios.

Hemos detectado también que la intervención debe ser continua en el tiempo, ya que como hemos visto en nuestro trabajo, el registro aumentó en la primera vez, sin embargo, en la segunda, aunque aumentó, no fue tan buena como en la primera, por lo que en futuras intervenciones ésta no solo debe ser de manera puntual, sino de manera continuada.

Limitaciones del estudio. Este estudio está realizado en un solo centro de salud, por lo que su aplicabilidad y validez externa pueden verse limitadas. Sin embargo, por tratarse de un centro de salud de ámbito urbano, con acreditación para la formación especializada en MF desde hace más de 15 años y una cartera de servicios completa, consideramos que los resultados pueden ser de aplicación en entornos similares.

Aplicabilidad práctica de los resultados. A pesar de la difusión de las recomendaciones PAPPS, el esfuerzo de distintas sociedades científicas y los múltiples estudios que se han llevado a cabo para demostrar la utilidad de AP para abordar el tabaquismo, hacen falta medidas sencillas, aplicables en práctica clínica habitual y sostenibles en el tiempo para concienciar a los profesionales e identificar a los fumadores de la consulta. Esta intervención logra una mejora en la calidad del registro de tabaquismo de forma mantenida, pudiendo por su sencillez ser adoptada en diferentes momentos del centro de salud. Además es un paso previo a iniciar estrategias efectivas de prevención y deshabituación en la comunidad de referencia.

Agradecimientos. A todos los médicos del Centro de Salud Novoa Santos que continúan participando en este proyecto.

PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

El registro de fumadores activos en los episodios de HCE en Galicia (IANUS) es escaso.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) recomienda interrogar en cada visita sobre consumo de tabaco a personas mayores de 10 años y registrarlo en la historia clínica (recomendación grado A, USPSTF).

La identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Una intervención en concienciación de registro de tabaquismo es efectiva.

El registro es mayor en tramos medios de la vida tras la intervención.

La eficacia de la intervención es mayor entre las médicas de familia y comunitaria, en turno de tarde, menor antigüedad en el puesto de trabajo, en cupos grandes (mayores de 1450 personas) y exfumadores.

BIBLIOGRAFIA.

- Córdoba R., Camarelles F., Muñoz E., Gómez J., Díaz D., Ramírez J.I. et al. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):16-23.
- Salvador Llivina T. Prevención y control del tabaquismo: avances y retos en la aplicación del Convenio Marco de la OMS en España. Revista Española de drogodependencias. 2010;35(1):21-46.
- 3. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en:
- 4. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf [consultado septiembre de 2017]
- Dacal Quintas R., Abal Arca J., López Álvarez S., Cortez Montero M.G., Alves Pérez M.T., Marcos Velázquez P. Cambios epidemiológicos en el cáncer de pulmón en el área sanitaria de Ourense. Pneuma. 2011;7(3):88-92
- 6. Martín-Sánchez J.C., Clèries R., Lidón-Moyano C., González-de Paz L., Martínez-Sánchez J.M. Diferencias entre hombres y mujeres en la tendencia temporal de la mortalidad por cáncer de pulmón en España (1980-2013). Arch de Bronconeumol. 2016;52(6):316-320.
- Van Schayck O.C.P., Williams S., Barchilon V., Baxter N., Jawad M., Katsaounou P.A., et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. Primary Care Respiratory Medicine. 2017;27-38.
- Gutiérrez-Abejón E., Rejas-Gutiérrez J., Criado-Espegel P., Campo-Ortega E.P., Breñas-Villalón M.T., Martín-Sobrino N. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. Med Clin. 2015;145(12):520-525
- Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] https://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm
- Grupo de Trabajo de Abordaje al Tabaquismo de la semFYC. Manual de tabaquismo. Barcelona: semFYC; 2008. ISBN 978-84-96761-55-1.
- Camarelles Guillem F., Dalmau González-Gallarza R., Clemente Jiménez L., Díaz-Maroto Muñoz J.L., Lozano Polo A., Pinet Ogué M.C. Grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin (Barc). 2013;140(6):272. e1-272.e12.
- 12. Olano Espinosa E., Minué Lorenzo C. "No Hacer", también en tabaco. Aten Primaria. 2016;48(7):493-499.
- 13. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] https://www.aafp.org/dam/

- $\frac{AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf.}{}$
- 14. Torrecilla-García M., Barrueco-Ferrero M., Maderuelo-Fernández J.A., Jiménez-Ruiz C.A., Plaza-Martín M.D., Hernández-Mezquita M.A. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. Aten Primaria. 2001;27:629-636.
- 15. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA. 1996;275(16):1270-1280.
- Maldonado Díaz A., Hernández Gómez M.A., M. Figueira Vázquez M.A., Álvarez Modroño B., Peleteiro González L. Tabaquismo. Análisis en una consulta de Atención Primaria. Cad Aten Primaria. 2015;21:31–34
- 17. Szatkowski L., Lewis S., McNeill A., Coleman T. Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? Fam Pract. 2010;27:673-675.
- Omole O.B., Ngobale K.N.W., Ayo-Yusuf O.A. Missed opportunities for tobacco use screening and brief cessation advice in South African primary health care: A cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2010;11:94.
- Ellerbeck E.F., Ahluwalia J.S., Jolicoeur D.G., Gladden J., Mosier M.C. Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. J Fam Pract. 2001;50:688-693.
- Thorndike A.N., Rigotti N.A., Stafford R.S., Singer D.E. National patterns in the treatment of smokers by physicians. JAMA. 1998;279:604-608
- Cartas al director. Tabaquismo y morbimortalidad durante 20 años en España: a propósito de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de la cardiopatía isquémica. Aten Primaria. 2017;49(6):368-373.
- 22. Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.p.313-350.
- Sánchez De Cos J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. Arch Bronconeumol. 2009;45(7):341-348.
- 24. Janssen-Heijnen M.L.G., Coebergha J.W.W. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. Lung Cancer. 2003;41:245-258
- Thomas L., Doyle A. and Edelman J. Lung cancer in woman. Emerging differences en epidemiology, biology and therapy. Chest 2005;128:370-381
- Toh C.K., Gao F., Lim W.T., et al. Never-smokers with lung cancer: epidemiologic evidence of a distinct disease entity. J Clin Oncol. 2006;24:2245 - 2251.
- Mons U., Muezzinger A., Geller C., Schottker B., Abner C.C., Bobak M., et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: metaanalysis of individual participant data from prospective cohort estudies of the CHANCES consortium. BMJ. 2015;350: h1551.
- 28. Jiménez Ruiz C.A., Jaén R.C. Guía de tratamiento del tabaquismo. Ed Respira. Disponible en: [consultado septiembre de 2017] https://issuu.com/separ/docs/guia_tratamiento_tabaquismo_v_espanola
- 29. Cummings S.R., Rubin S., Oslter G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA. 1989;261(1):75-79

- 30. Thun M.J., Carter B.D., Feskanich D., Freedman N.D., Prentice R., López A.D., et al. 50-Year trends in smoking-related mortality in the United States. N Engl J Med. 2013;368 (4):351-364.
- 31. Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., Rontron B., Thun M., Anderson R.N., et al. 21 st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013;368(4):341-50.

Oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD).

Sánchez Sánchez, Néstor J¹.; Hernández Gómez, Mercedes A.²; Maldonado Díaz, Adalid¹.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 23 - 25

- 1 RESIDENTE MFYC. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE.
- 2 ESPECIALISTA Y TUTORA DE RESIDENTES MFYC. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE.

OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA (OCD)

La oxigenoterapia continua domiciliaria es el tratamiento mediante la administración de oxígeno externo, de manera continuada, a pacientes con hipoxemia crónica. Sin embargo, no todos los pacientes que padecen alguna enfermedad que curse con hipoxemia, serán subsidiarios de esta terapia¹⁻⁷.

La finalidad de la OCD, se basa en:

- Prolongar la vida del paciente hipoxémico.
- Mejorar la tolerancia al ejercicio.
- Frenar el deterioro que produce a los órganos la hipoxemia crónica.

Indicaciones de OCD

La principal causa de hipoxemia crónica en nuestro medio es la EPOC¹⁻¹⁰, para la cual, se utiliza oxígeno durante al menos 15 horas / día. Se recomienda realizar el mayor número de horas seguidas de oxígeno, sin fraccionarlo en varios ciclos. Para asegurar el cumplimiento de las mínimas horas recomendadas, habitualmente se prescribe al paciente durante 18 horas.

Se ha demostrado una mejora de la supervivencia y la calidad de vida en paciente EPOC que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones^{1,3}:

- PaO2 < 55mmHg (hipoxemia severa).
- PaO2 56-59mmHg (hipoxemia moderada), en pacientes que presenten:
 - Insuficiencia cardiaca derecha.
 - Hipertensión Pulmonar.
 - Policitemia (Hematocrito > 55%).

Estas recomendaciones son las únicas para las que hay unanimidad en todas las guías clínicas sobre el tratamiento con oxígeno de manera crónica^{1.5}.

Las condiciones previas a la prescripción de la OCD que deberían cumplirse son:

- Situación clínica estable, no realizar la prescripción tras una agudización. Se debería esperar al menos 3 meses tras la misma, lo que no impide la prescripción de oxigenoterapia de manera provisional.
- Abandono del hábito tabáquico, aunque no siempre se hace así.
 Sin embargo, en estos casos, no se obtendrá tanto beneficio de la oxigenoterapia.
- Haber realizado dos gasometrías en días diferentes en las que presente los criterios de inclusión. Además, haberlas realizado en reposo y sin aporte externo de oxígeno.

• Tener un tratamiento óptimo para la EPOC."

Hay otras indicaciones de oxigenoterapia para paciente con EPOC, para los que no está clara la utilidad de la misma a largo plazo⁴⁻⁶:

- Presencia de desaturaciones nocturnas en pacientes EPOC, para los que se utiliza oxígeno sólo durante las horas de sueño. Las condiciones para su prescripción son:
 - Presencia de SatO2 < 90% al menos durante el 30% de la oximetría nocturna
 - Presencia de desaturaciones aisladas en pacientes que presenten:
 - Poliglobulia (hematocrito > 55%).
 - Alteración del ritmo cardiaco.
 - Signos de Insuficiencia Cardiaca derecha.
- Presencia de desaturaciones con el ejercicio en pacientes EPOC (su presencia se considera valor pronóstico de la enfermedad)⁷.
 - Se prescribe cuando el paciente presenta saturaciones < 88% en la prueba de esfuerzo.
 - Presenta efectos beneficiosos a corto plazo:
 - Mejora la tolerancia al ejercicio.
 - Disminuye la disnea.
 - No se conocen sus efectos a largo plazo.

Otras patologías que cursan con hipotermia crónica en las que la OCD no ha demostrado aumento de la supervivencia¹⁻⁶:

- EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa).
- Hipertensión pulmonar.
- Fibrosis quística.
- Enfermedades cardiológicas.

Hay otras indicaciones de OCD en patologías no neumológicas 1-6:

- Disnea agónica: no demostrado la superioridad frente a los opiáceos. Se reserva el oxígeno cuando no hay eficacia de los mismos.
- Insuficiencia cardiaca congestiva con fracción de eyección disminuida y respiración de Chayne-Stokes: se utiliza oxigenoterapia nocturna.
- Síndrome hepatopulmonar: mientras se espera el transplante hepático, en caso de cursar con hipoxemia grave (<55mmHg).
- Cefalea en racimos: oxígeno al 100% durante 15 minutos al inicio de la crisis.

La oxigenoterapia puede administrarse de manera transitoria en caso de presencia de hipoxemia grave tras una crisis con el objetivo fundamental de disminuir la estancia hospitalaria, cuando el paciente se encuentra estable. No hay evidencia del beneficio del uso de la

misma a largo plazo, por lo que se recomienda revaluar al paciente en el plazo de 3 meses tras la prescripción (tiempo máximo del uso de la oxigenoterapia transitoria).

Fuentes de administración 1-3,8

Las podemos clasificar en fijas o portátiles. Las más utilizadas actualmente son:

- Bombona de oxígeno.
- Concentrador fijo de oxigeno: hasta 3 litros/minuto
- Oxígeno líquido.

La bombona de oxígeno es una fuente fija, que podría hacerse portátil subiendo la bombona en un carrito. Almacena el oxígeno en estado gaseoso y es utilizado por paciente con poca o nula movilidad. Actualmente, la mayor utilización de las mismas es en los servicios hospitalarios, durante el traslado o la espera del paciente que utiliza oxigenoterapia.

La ventaja de los mismos es la ausencia de ruido, fundamentalmente. Como inconvenientes están los costes asociados al mantenimiento (empresa de distribución), el peso que presenta la bombona y la dificultad para el movimiento con ella.

El concentrador fijo de oxígeno es el sistema más utilizado actualmente, por su precio como por la facilidad para su utilización. Lo utilizan los pacientes que necesitan flujos bajos de oxígeno (hasta 3 litro/minuto) y que realizan salidas esporádicas.

El oxígeno se obtiene mediante el aire ambiente, al que se extrae el nitrógeno y permite administrar a los paciente oxígeno puro.

La ventaja del mismo es el coste (sistema más económico), ya que no requiere tanto mantenimiento como las bombonas de oxígeno. Las desventajas son el ruido que produce, la disminución de su efectividad en flujos altos y la necesidad de una conexión de red eléctrica.

El concentrador portátil de oxígeno, de funcionamiento igual que el anterior pero permitiendo la movilidad del paciente, presenta facilidad para su carga (red eléctrica) y permite la administración de oxígeno en bolos (coincidiendo con la inspiración).

Los inconvenientes del mismo son, además de los presentes en el concentrado fijo, el elevado precio que presentan y la corta duración de la batería.

El oxígeno líquido se almacena en nodrizas de gran tamaño, a -183°C. Es utilizado en paciente con buena movilidad ya que permite cargar una mochila desde las nodrizas, las cuales quedan almacenadas en el domicilio.

Las desventajas son fundamentalmente el coste del mismo (tanto por el dispositivo en sí, como por la red de distribución). Además, hay riesgo de quemadura en caso de contacto con la nodriza y la mochilas es pesada.

El oxígeno se administra mediante diferentes dispositivos, siendo los más utilizados:

- Cánulas nasales: para flujos hasta 3 litros/minuto. Más cómodo para el paciente pero no útil en caso de respiración oral.
- Mascarilla tipo venturi (Ventimask): cubre boca y nariz y permite administrar oxígeno con flujos altos.

Monitorización de la oxigenoterapia³

Se debe realizar a los 3 meses del inicio de OCD. El control se realiza mediante gasometría arterial con el flujo de oxígeno prescrito. Posteriormente, se hacen controles periódico cada año aproximadamente.

Se recomienda adelantar el control en caso de:

- Deterioro clínico.
- No corrección de SatO2 con OCD.
- Síntomas de hipercapnia: cefalea matutina, nauseas, somnolencia,...

La monitorización del cumplimiento se realiza para conocer si el paciente está realizando el tratamiento de manera correcta, en lo que se refiere a las horas prescritas por el facultativo (las 15 horas diarias mínimas recomendadas). Se podría realizar con sistemas informáticos coordinados entre médicos y los sistemas de distribución, los cuales se están empezando a implantar.

La monitorización de la eficacia se realiza para conocer si el flujo de oxígeno prescrito es el adecuado. Se verifica en 3 situaciones:

- Reposo: verificar que la saturación de O2 sea mayor de 60mmHg. Se realiza gasometría arterial con el flujo de O2 prescrito.
- Sueño: comprobar la inexistencia de desaturaciones durante la noche. Se realiza con una polisomnografia nocturna.
- Ejercicio: comprobar el mantenimiento de la saturación de O2 > 90% durante el mismo, mediante la prueba de esfuerzo a los 6 minutos.

Efectos secundarios de la oxigenoterapia crónica

Los más destacados son:

- Desarrollo de hipercapnia: más marcado durante la noche por la necesidad del incremento de flujo de oxígeno. No se conoce la presencia de repercusión clínica en el caso de la hipercapnia nocturna, sin embargo, la presencia de la misma durante el día se asocia a mal pronóstico. Los síntomas más comunes de la hipercapnia son:
 - Somnolencia.
 - Cefalea matutina.
 - Náuseas,...
- Toxicidad pulmonar (dosis dependiente): generalmente en pacientes con oxigenoterapia de larga evolución, a altos flujos. Entre estos efectos tóxicos tenemos las atelectasias por absorción o el daño pulmonar difuso.
- Congestión e irritación nasal, epistaxis, eccema de contacto, efectos psicológicos/sociales⁹.

¿Cuándo suspender la oxigenoterapia?

El tratamiento con oxígeno domiciliario suele ser crónico y en pocas ocasiones se suspende el mismo. Son criterios para finalizar su utilización³:

- Negativa del paciente a seguir utilizándolo.
- Incumplimiento terapéutico (menos del 80% del tiempo prescrito).
- Mejoría de la PaO2 basal, siendo mayor de 60 mmHg.

¿Qué podemos hacer desde atención primaria?1

Un papel importante que se puede llevar a cabo desde la consulta de atención primaria es mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Por otro lado, en atención primaria podremos hacer controles periódicos del tratamiento mediante la pulsioximetría, sin necesidad de hacer gasometría arterial en muchas ocasiones:

- SatO2 < 92%: continuar con el mismo tratamiento.
- 92% < SatO2 < 94%: realizar gasometría arterial y derivar a neumología para valorar la retirada de OCD.
- SatO2 > 94%; retirar la OCD.

Bibliografía

- Rodríguez González-Moro J.M., Alcázar Navarrete B., Alfageme Michavila I., Díaz Lobato S. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Monogr Arch Bronconeumol. 2015;2(5):138-155.
- Ortega Ruiz F., Díaz Lobato S., Galdiz Iturri J.B., et al. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Arch Bronconeumol 2014;50:185-200 - Vol. 50 Núm.5 DOI: 10.1016/j. arbres.2013.11.025.
- Márquez Pérez F.L., García García M.C., Gutiérrez Lara J.A., Gómez Vizcaíno M.T. Valoración de pacientes con necesidad de oxigenoterapia domiciliaria. Asociación de Neumología y Cirugía torácica Sur. 28: 321-328.
- Ergan B., Nava S. Long-Term Oxygen Therapy in COPD Patients Who Do Not Meet the Actual Recommendations. Begum Ergan and Stefano Nava. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Vol. 14, Iss. 3, 2017.
- Díaz Lobato S., García González J.L., Mayoralas Alises S. Controversias en oxigenoterapia continua domiciliaria. Arch Bronconeumol 2015; 51:31-7 - Vol. 51 Núm.1 DOI: 10.1016/j. arbres.2014.05.002.
- Codinardo C., Cáneva J.O., Montiel G., Uribe Echevarría M.E., Lisanti R., Larrateguy L. et al . Recomendaciones sobre el uso de oxigenoterapia en situaciones especiales. Rev. am. med. respir. [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Jul 28]; 16(2): 150-162.
- García-Talavera I., Jiménez González P., Dorta Sánchez R. Desaturación de oxígeno inducido por el ejercicio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2015; 51:481-2 - Vol. 51 Núm.10 DOI: 10.1016/j.arbres.2015.01.004.
- 8. Torrey S. Continuous oxygen delivery systems for infants, children, and adults. UpToDate. 2017.
- Martínez Lafuente J.A., Tomàs Bertran M.T., Jovell Fernández E., et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y oxigenoterapia domiciliaria. Aten Primaria 2004;33:471.
- Miravitlles M., Soler-Cataluña J.J., Calle M., Molina J., Almagro P., Quintano J.A., et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol. 2017; 53(6):324–335.

Revisión sistemática de medicamentos esenciales para atención urgente extrahospitalaria en Galicia. Diferencias entre los puntos de atención continuada.

Iria Arias Amorín¹; Fernando Souto Mata²; Elena Portabales Tesouro³.

- 1 PAC MONFORTE DE LEMOS, MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO DE URXENCIAS DE AGAMFEC.
- 2 MÉDICO ASISTENCIAL 061 BASE FERROL. COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE URXENCIAS DE AGAMFEC
- 3 TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE VIANA DO BOLO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Iria Arias Amorín. e-mail: arias.iria@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 26 - 30

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de la revisión es analizar los medicamentos básicos para tratar la urgencia extrahospitalaria.

Diseño: Revisión sistemática de la bibliografía médica sobre los fármacos necesarios para la atención urgente extrahospitalaria.

Fuente de datos: Guías de práctica clínica de urgencia prehospitalaria y hospitalaria que se expresan en las referencias bibliográficas 1-20.

Palabras clave: Emergency Care, Prehospital; Utilization, Drug; Advanced Trauma Life Support.

INTRODUCCIÓN

Hablamos de Atención Urgente cuando se requiere una asistencia sanitaria inmediata ya sea por accidente, por la aparición súbita de un cuadro grave o por empeoramiento de una enfermedad crónica. Dentro de esta atención, diferenciamos entre Urgencia y Emergencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una Urgencia es "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia".

Emergencia se define como una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata¹.

Para atender la urgencia y emergencia existe una farmacopea de emergencia necesaria para resolver las situaciones críticas de la forma más adecuada posible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una consulta de la bibliografía más actualizada en el manejo de la urgencia prehospitalaria¹-²0: "Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación"; "ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias"; "Guía Farmacológica Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 Compendio de medicamentos de urgencias"; "Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extra-hospitalarias". "Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; Urgencias y emergencias extrahospitalarias GUETS – SESCAM. Guía farmacológica".

Se completó el estudio con diferentes publicaciones de tratamiento de patología urgente: "Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)(Sede Web)"; "Soporte Vital Avanzado en Trauma: Analgesia, Sedación y Relajación en el trauma"; "Analgesia en el politraumatizado obeso: utilidad de la ketamina intravenosa fuera de quirófano". "Revista de la Sociedad Española

del Dolor"; "Plan de Asistencia ao Ictus en Galicia (Servicio Galego de Saúde- SERGAS)"; "Guía de la Sociedad Española de Cardiología (ESC) 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología".

RESULTADOS

Se obtuvieron 67 fármacos de la farmacopea básica para la urgencia extra-hospitalaria según las Guías de Práctica Clínica. Estos fármacos engloban los de aplicación vía oral, intravenosa, intramuscular, oftálmica y vía tópica.

Posteriormente se eligieron los fármacos de uso en patología cardiovascular, respiratoria y traumatológica más urgente (Infarto agudo de miocardio, politraumatizado, crisis hipertensiva y emergencia respiratoria) y se clasificaron en 12 grupos por indicaciones terapéuticas en: Antiarrítmicos, analgésicos, estimulantes cardíacos, relajantes musculares, fármacos hipnótico/sedantes, antiagregantes, antihipertensivos de urgencia, anestésicos, broncodilatadores, antipsicóticos, antídotos y corticoides. (Tabla 1).

TABLA 1. Fármacos necesarios en una urgencia extrahospitalaria: tipo y cuáles.

Analgésicos	Antiarrítmicos	Estimulantes cardiacos	Fármaco hipnótico/ sedantes	Relajantes musculares
Paracetamol	Adenosina	Isoproterenol	Midazolam	Succinilcolina
Metamizol	Amiodarona	Adrenalina	Diazepam	Rocuronio
AINES	Verapamilo	Dopamina		

Analgésicos	Antiarrítmicos	Estimulantes cardiacos	Fármaco hipnótico/ sedantes	Relajantes musculares
Tramadol	Atenolol	Dobutamina		
Cloruro Mórfico	Sulfato de Magnesio	Noradrenalina		
Fentanilo	Digoxina	Atropina		
Antiagregantes	Antihipertensivos de urgencia	Anestésicos/ Analgésicos	Antídotos	Broncodilatadores
Clopidogrel	Captopril	Etomidato	Flumazenilo	Salbutamol
Ticagrelor	Furosemida	Propofol	Naloxona	Bromuro Ipratropio
Prasugrel	Labetalol	Ketamina		
	Urapidilo			
Corticoides	Antipsicóticos			
Hidrocortisona	Sinogam			
Metilprednisolona	Akineton			
	Haloperidol			

DISCUSIÓN

Desglosado por patologías:

Infarto agudo de miocardio.

Galicia dispone del "Programa Galego de Atención ao Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM)" que pretende mejorar la atención al infarto agudo de miocardio (IAM) mediante la integración y mejora en la coordinación entre la atención extrahospitalaria y hospitalaria*. Las actuaciones de la atención extrahospitalaria requieren el uso de los siguientes fármacos^{10, 20}:

Ácido Acetilsalicílico (AAS): 165mg a 325 mg masticada si no está contraindicada.

Antiagregantes: en pacientes con alto riesgo de sangrado (edad mayor de 75 años, pacientes anticoagulados, accidente cerebrovascular (ACV) previo, cirugía mayor reciente) y en los que se vaya a realizar fibrinolisis está indicado el Clopidogrel 600 mg v.o. En el resto de pacientes se utiliza preferentemente Ticagrelor 180 mg v.o. El Prasugrel 60 mg v.o se reserva para pacientes con Diabetes Mellitus (DM) o sospecha de trombosis de stent (IAM en mismo territorio), cuando no exiten contraindicaciones para su uso: ACV previo, >75 años, <60 kg de peso.

Nitroglicerina sublingual: hasta 3 dosis de 0,4 mg, si no hay contraindicaciones.

Cloruro mórfico si dolor: bolos de 3 a 5 mg i.v. hasta alivio del dolor.

ARRITMIAS.

Adenosina es un fármaco frenador de conducción en nodo auriculoventricular (AV). Indicada en el tratamiento de las taquicardias

supraventriculares (SV) con circuitos de reentrada que incluyen el nodo auriculoventricular(AV). 20

Amiodarona indicada en casos de control de taquicardia ventricular (TV) monomórfica, polimórfica y taquicardia de complejo ancho de origen incierto hemodinámicamente estables. También indicada en control de frecuencia ventricular rápida producida por conducción de vías accesorias y/o conseguir cardioversión química. Otra indicación importante es tras una cardioversión eléctrica sin éxito, para conseguir cardioversión química o aumentar la probabilidad de éxito en una cardioversión eléctrica posterior.²⁰ Además de ser el tratamiento indicado de la fibrilación ventricular (FV) refractaria²⁻⁸.

Digoxina indicada fundamentalmente para casos de fibrilación auricular(FA) con respuesta ventricular rápida²⁻⁸.

Verapamilo es un fármaco bloqueante de los canales del calcio, indicado en taquicardias regulares de complejo estrecho estables no controladas por adenosina y en el control de frecuencia ventricular en pacientes con FA o flutter auricular y función ventricular conservada²⁰.

Atenolol es un betabloqueante, indicado para control de frecuencia ventricular en taquicardias regulares de complejo estrecho, en FA y flutter cuando la función ventricular está preservada.²⁻⁷

El sulfato de magnesio está indicado en taquicardia ventricular polimórfica. Este fármaco actualmente aparece también en protocolo de broncoespasmo y en urgencias obstétricas como el eclampsia²⁻⁵.

Como estimulantes cardiacos se recomienda: atropina, adrenalina e Isoproterenol. Isoproterenol y Adrenalina son fármacos de segundo escalón en la bradicardia sintomática²⁻⁸.

Los fármacos inotrópicos positivos, dopamina, noradrenalina y dobutamina, indicados en hipotensión en ausencia de hipovolemia y shock cardiogénico²⁻⁸.

POLITRAUMATIZADO.

Ante un paciente politraumatizado es fundamental un correcto control de volumen y analgesia para evitar el deterioro del paciente hasta llegar al estado de shock. En el tratamiento analgésico, está indicado iniciar por el tercer escalón de la OMS⁹:

Cloruro mórfico: Este fármaco produce vasodilatación, bajada de frecuencia cardiaca y broncoconstricción, no recomendado en hipovolemia, ni en inestabilidad hemodinámica, ni en asmáticos, lo que no contribuye a la estabilización del paciente politraumatizado.

Fentanilo: Fármaco recomendado para control del dolor en politraumatizado o paciente hemodinámicamente inestable. No producen bajada de tensión ni de frecuencia cardiaca ni broncoconstricción.

Ketamina: Los trabajos sobre este fármaco usado a dosis subanestésicas como analgésico son muy numerosos y su conclusión común es la efectividad de dicho fármaco unida a su seguridad. En concreto en el politraumatizado, la ketamina se ha propuesto recientemente como un fármaco muy seguro y se propugna, junto a otras drogas, como fármaco de elección en el ámbito extrahospitalario: ambulancias y primeros auxilios del accidentado.

AISLAMIENTO DE VÍA AÉREA

Ante la necesidad de una intubación extrahospitalaria en un paciente inestable y no en parada cardiorrespiratoria, está indicada



la secuencia rápida de intubación: analgesia + sedación + relajación neuromuscular²⁻¹⁷.

Como fármacos sedantes se encuentran el midazolam, etomidato y propofol. Entre los efectos secundarios de Midazolam se encuentran⁴: bajada de tensión arterial y depresión respiratoria hasta apnea (mayor en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC, ancianos y obesos).

El Etomidato es de inicio de acción rápido, no produce alteraciones hemodinámicas, baja la presión intracraneal (PIC), produce mínima depresión respiratoria. Indicado en inestabilidad hemodinámica o aumento de la PIC. El Propofol baja ligeramente la tensión arterial, produce ligera depresión respiratoria y baja el flujo sanguíneo cerebral y la PIC⁴.

Como fármacos bloqueantes neuromusculares se encuentran la Succinilcolina y el Rocuronio.

La Succinilcolina es un bloqueante neuromuscular despolarizante cuyos efectos secundarios son: aumenta la PIC, produce hiperpotasemia en politraumatizados, quemados, produce hipercalcemia, libera histamina e induce la aparición de arritmias⁴. Su efecto más beneficioso es su inicio de acción que es menor de 1 minuto, y su duración de unos 5 minutos, aunque esto lo convierte en un fármaco no válido para un traslado mayor de 5 minutos extrahospitalario.

El rocuronio presenta mayor estabilidad hemodinámica, no produce hiperpotasemia, no aumenta la PIC, no libera histamina, tiene un inicio de acción rápida y una duración del efecto de 30 minutos aproximadamente.

Este fármaco cuenta con antídoto, el sugammadex, para casos en los que es necesario revertir los efectos paralizantes por no poder ventilar adecuadamente al paciente. En muchas guías es el relajante muscular recomendado para la secuencia de intubación rápida⁴⁻¹⁷.

URGENCIA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Entre los fármacos antihipertensivos de urgencia se encuentran:

Captopril, furosemida, labetalol y urapidilo^{2,3,5,7}.

Ante una urgencia hipertensiva se recomienda reducción gradual de la tensión arterial iniciando con captopril vía oral, si no es eficaz se utilizarán la furosemida, labetalol y urapidilo.

Concretamente estos dos últimos están presentes en el actual protocolo del "CÓDIGO ICTUS" 12 del SERGAS.

El CÓDIGO ICTUS es un sistema que permita la rápida identificación, notificación y traslado del paciente con un ictus agudo al hospital de referencia más próximo preparado para valorar la realización de trombolisis.

Es frecuente encontrar cifras de tensión arterial elevadas durante el ictus agudo. El protocolo de atención al ictus describe: " no se tratarán las cifras de presión arterial elevada, con la excepción de la coexistencia de signos de insuficiencia cardiaca, angina de pecho, encefalopatía hipertensiva si la presión arterial es superior a 185/105 mm Hg". La pauta de tratamiento recomendada es la siguiente: labetalol, 20 mg iv en 1-2 minutos. En pacientes con insuficiencia cardiaca, alteraciones de la conducción cardiaca o asma, el tratamiento indicado es urapidilo en bolos de 12.5 -25 mg ¹². No se recomienda nifedipino ni captopril¹².

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA ATENCIÓN URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN GALICIA: UN EJEMPLO.

Como Grupo de Urgencias de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC) hemos hecho una recogida de datos sobre la dotación farmacológica de los Puntos de Atención Continuada (PAC) de las diferentes Estructuras Organizativas de Xestión Integrada (EOXI) de la Comunidad de Galicia, para analizar las diferencias en disponibilidad de fármacos que se pueden observar en la Tabla 2.

TABLA 2.1. Disponibilidad de fármacos en las EOXI de Galicia. (100%.- Todas / 0%.- Ninguna).

Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
	Paracetamol	100%
	Metamizol	100%
ANALGÉSICOS	AINES	100%
ANALGESICOS	Tramadol	100%
	Cloruro Mórfico	100%
	Fentanilo	14%
	Adenosina	100%
	Amiodarona	100%
ANTIARRÍTMICOS	Verapamilo	57%
ANTIARRITMICOS	Atenolol	28%
	Sulfato de Magnesio	28%
	Digoxina	100%
	Isoproterenol	28%
	Adrenalina	100%
ECTIVALITY ANTEC CARRIAGOS	Dopamina	0%
ESTIMULANTES CARDIACOS	Dobutamina	0%
	Noradrenalina	0%
	Atropina	100%
HIPNÓTICO/SEDANTES	Midazolam	100%
HIPNOTICO/SEDANTES	Diazepam	100%
RELAJANTES MUSCULARES	Succinilcolina	42%
KELAJAN I ES MUSCULARES	Rocuronio	14%
	Clopidogrel	100%
ANTIAGREGANTES	Ticagrelor	14%
	Prasugrel	14%

TABLA 2.2 Disponibilidad de fármacos en las EOXI de Galicia. (100%.- Todas / 0%.- Ninguna).

Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
	Captopril	100%
	Furosemida	100%
ANTIHIPERTENSIVOS DE URGENCIA	Labetalol	28%
	Urapidilo	14%
	Etomidato	14%
ANESTÉSICOS/ ANALGÉSICOS	Propofol	28%
	Ketamina	0%
ANTÍDOTOS	Flumazenilo	100%
TANTIDOTOS	Naloxona	100%
	Salbutamol	100%
BRONCODILATADORES	Bromuro Ipratropio	100%
Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
CORTICOIDES	Hidrocortisona	100%
CORTICOIDES	Metilprednisolona	100%
	Sinogam	100%
ANTIPSICÓTICOS	Akineton	100%
	Haloperidol	100%

A través de una encuesta enviada por correo electrónico a los PAC de todas las EOXI de Galicia obtuvimos los fármacos disponibles en cada una y con una recogida en una tabla de Excel analizamos los porcentajes de presencia de los fármacos en las EOXI, siendo 100% que está presente en todas y 0% en ninguna.

La diferencia en la presencia de los fármacos, puede condicionar el modo de actuación del profesional sanitario ante una emergencia. Como su definición dice, emergencia precisa una atención inmediata, y cuanto más completa y adecuada sea, mayores posibilidades de supervivencia tendrá el paciente que la padece.

Encontrar estas diferencias de posibilidades de tratamiento en una misma Comunidad se podría traducir una desigualdad en oportunidades de supervivencia de los pacientes según el área geográfica en la que residan

Sirva a modo de ejemplo, el tratamiento del dolor en paciente politraumatizado, en el cual dependiendo donde tenga lugar ese accidente el paciente tendrá acceso a una analgesia potente o no, con lo que influye en su confort y lo que es más importante, en su aumento de morbimortalidad. Es básico el tener un opioide potente y con menor riesgo de descompensación hemodinámica, que se pueda administrar vía intravenosa, como el fentanilo.

Desde el grupo de Urgencias de AGAMFEC Y a la vista del estudio realizado consideramos que, la dotación farmacológica para la atención de urgencias y emergencias de los centros sanitarios extrahospitalarios es mejorable.

Como Grupo de Urgencias de la Asociación Gallega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC) recomendamos, al menos, el suministro a todos los centros sanitarios de:

- Ticagrelor 90 mg comprimidos
- Rocuronio 100 mg en ampollas
- Etomidato 20 mg en ampollas
- Ketamina viales de 500 mgr.
- Fentanilo Ampolla 3mL (50 mcg/ml).
- -Labetalol 100 mg ampollas.
- Urapidilo ampollas de 50 mg.

Creemos que es necesaria una mayor dotación de fármacos y homogenización de los recursos disponibles en todas las EOXI para fomentar una mayor equidad a la hora de tratar un paciente.

Además de lo anterior, pensamos que la formación continuada del profesional es fundamental y básica para familiarizarse, conocer sus indicaciones y sus efectos secundarios y poder utilizarlos adecuadamente y con seguridad ante una emergencia médica.

Por ello, desde el grupo de urgencia de AGAMFEC, intentamos contribuir desde hace unos 10 años aproximadamente, con una cartera de formación, con todo tipo de cursos, englobados en el programa Nacional de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria, y homologados por el consejo español de RCP, que es el PROGRAMA ESVAP.

Dicho programa consta de los siguientes cursos: soporte vital avanzado, soporte vital inmediato del adulto, soporte vital inmediato pediátrico, soporte vital básico y desfibrilación semiautomática. Los dos primeros enseñan y entrenan el uso de todos estos fármacos recomendados para tratar una urgencia o emergencia con casos simulados.

El año pasado se han reciclado en los distintos cursos ofertados desde el grupo de urgencias más de 300 alumnos (profesionales sanitarios: sobre todo médicos, pero también enfermer@s) con una valoración media de satisfacción de los cursos del 97% y un 98% de los alumnos recomendarían el cursos que había hecho.

Tenéis toda la información de los cursos ofertados este año en la página web www.agamfec.com y en el enlace de eventos:

https://www.agamfec.com/eventos/categorias/cursos-e-obradoiros/

Agradecimientos a los miembros del grupo de urgencias de AGAMFEC, por la gran labor realizada todos estos años con la formación de profesionales gallegos y para la recogida de todos estos datos.



BIBLIOGRAFÍA.

- Concepto de Urgencia, Emergencia, Catástrofe y Desastre: Revisión Bibliográfica. Oviedo. 2013. Acceso web (08 Enero 2018): %20cristina.pdfhttp://digibuo.uniovi.es/dspace/ bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf
- Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015. P.452-454.
- ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias. 3ª Ed. A Coruña. Netbiblo. 2012
- Aguilera Luque J.M., Barreiro Díaz M.V. Guía Farmacológica. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 Compendio de medicamentos de urgencias. Ed. Xunta de Galicia. Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061. 2012.
- 5. Vázquez Lima M.J., Casal Codesido J.R. Guía de Actuación en Urgencias. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana. 2017.
- Vergara Olivares, J.M. et al. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ed. Madrid. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013. P. 395-398.
- Julián Jiménez A. et al. Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. 4ª Ed. Sanidad y Ediciones, S.L. (SANED) 2014. Servicio de Urgencias - Hospital Virgen de la Salud - Complejo Hospitalario Toledo. P. 1625-1687.
- Canabal Berlanga R., Pastor Pons G., et al. Urgencias y emergencias extrahospitalarias GUETS – SESCAM. Guía farmacológica. 2ªEd. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM. Castilla la Mancha. 2014. P.911-987
- Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Roffi, Marco. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología. Año:2015 vol.:68 iss:12 pág.:1125. e1 -1125.e64
- Barrabés, J. Comentarios a la guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología. Año:2015 vol.:68 iss:12 pág::1061 -1067
- SERGAS (Sede Web). PLAN DE ASISTENCIA AO ICTUS EN GALICIA (PLAN ICTUS). Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.2016. (Acceso 11 de Enero 2018). Acceso web: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/PLAN%20DE%20ASISTENCIA%20AO%20ICTUS%20EN%20GALICIA_def_2.pdf
- Cernuda Martínez, José. Conocimientos teóricos y habilidades prácticas autopercibidas en medicina de urgencia y emergencia de los médicos de Atención Primaria de Salud de Asturias. Educación médica. Año:2017.
- Analgesia en el politraumatizado obeso: utilidad de la ketamina intravenosa fuera de quirófano. Revista de la Sociedad Española del Dolor [1134-8046] Rodríguez Navarro, M A Año:2015 vol.:22 iss:6 pág.:281 -282
- Wiel E, Zitouni D, Assez N, Sebilleau Q, Lys S, Mauriaucourt P, et al. Continuous infusion of ketamine for out-of-hospital isolated orthopedic injuries secondary to trauma: a randomized controlled trial. Prehosp Emerg Care 2014;18: 254

- Servicio Galego de Saúde (Sede Web) Galicia. 2018. Acceso 17 de Enero 2018. ¿Qué integran las EOXI?. Acceso web: https://www.sergas.es/Recursos-Humanos/Preguntas-Frecuentes-FIDES#3
- SEMICYUC (Sede Web). Soporte Vital Avanzado en Trauma. Analgesia, Sedación y Relajación en el trauma. 2017. Acceso 19 de Enero de 2018. Acceso web: http://www.semicyuc.org/files/RCP_files/SVAT_17.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Sede Web). Vergara Olivares, J.M. et al. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013. (Acceso 10 de Octubre 2017). Acceso web: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/Protocolos clinico_terapeuticos.htm
- Ríos Vázquez R., Novedades científicas y aplicación de las mismas en guías y protocolos. A propósito de un protocolo. Sociedad española de Cardiología. (Sede Web) 2014. Acceso web: 03 Enero 2018. Acceso web: http://secardiologia.es/proyectos/cvvt/doc/s08-dr-rios-cvvt-3-julio-2014.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Sede Web). Vázquez González,N. Experiencia en la creación de redes para la atención del SCACEST eN Galicia. (Sede Web) 2017. Acceso web: 08 Enero 2018. Acceso web: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/eventosPCSNS/Cardiopatialsquemica/redesAtencionSindromeCoronarioAgudoGalicia.pdf

Dermatite perianal.

Mantiñán Vázquez, M.¹. Martínez González, F.¹

1 MÉDICO DE FAMILIA. UAP DE CURTIS. EOXI DE A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Francisco Martínez González. e-mail: francisco.martinez.gonzalez@sergas.es

Palabras clave: Streptococcal Infections, Streptococcus Group A, Perineum.

INTRODUCCIÓN

Cad Aten Primaria

Ano 2018 Volume 24 (1)

Neno de 4 anos, con amigdalite estreptocócica de repetición e sen outros antecedentes persoais de interese. Acode por presentar prurito, eritema perianal e dor coa defecación de 3 semanas de evolución. Non tivo febre. Sen melloría con tratamentos tópicos previos con antifúnxicos e corticoides. Na exploración ten un bo estado xeral e está afebril. Presenta unha placa eritematosa perianal, non indurada, de bordes ben definidos, dolorosa ó tacto e con fisuras (Figura 1). Non presenta outras alteracións significativas a nivel cutáneo ou de mucosas (incluídas oral e farínxea). Sen outras alteracións de interese no exame xeral.



PREGUNTA:

Cal das seguintes probas considera máis axeitada para confirmar o diagnóstico neste paciente?

Test de Graham

Test rápido de Estreptococo do grupo A

Test de Hidróxido de Potasio (KOH)

Titulación de niveis de anti-estreptolisina O (ASLO)

Biopsia da lesión

O resultado positivo do test antixénico rápido de Esteptococo do grupo A confirmou de forma doada e fiable a sospeita de infección perianal estreptocócica. Tras iniciar tratamento antibiótico con amoxicilina oral o paciente presentou unha evolución favorable con rápida resolución da clínica.

DIAGNÓSTICO:

Dermatite Perianal Estreptocócica.

EXPLICACIÓN FINAL:

A Dermatite Perianal Estreptocócica é una infección cutánea superficial causada polo estreptococo betahemolítico do grupo A (EGA)¹. Afecta con máis frecuencia a lactantes, preescolares e nenos e nenas de idade escolar². Trátase dunha entidade que non é infrecuente, no noso entorno observáronse frecuencias de ata 1 caso por cada 2500 asistencias realizadas en servicios hospitalarios de urxencias de pediatría³.

Tense detectado a presenza farínxea de EGA nun 95% dos pacientes con infección estreptocócica perineal, así como unha distribución estacional similar á da infección farínxea por EGA, con predominio en meses de inverno e primavera. O paciente ou contactos domiciliarios poden ter historia de farinxite estreptocócica de repetición e son frecuentes os contaxios intrafamiliares⁴.

Clinicamente maniféstase pola presenza de dermatite perianal (90% dos casos), prurito perianal (25-100%), estrinximento ou rexeitamento á defecación (50%), defecación dolorosa (50%) e/ou restos hemáticos nas feces (20-35%)⁵. Intentos terapéuticos previos con antifúnxicos, corticoides tópicos ou fármacos antiparasitarios poden non ter sido efectivos ou ter empeorado os síntomas⁶.

O exame físico caracterízase pola presenza dun rash perianal ou perineal vermello brillante de bordes ben definidos. En ocasións obsérvanse fisuras, exsudado mucoso ou costras amareladas. Pode existir extensión a vulva ou pene². A ausencia de febre e signos sistémicos apoian a localización superficial do rash¹.

O diagnóstico de sospeita é clínico. Faremos o diagnóstico diferencial con cadros como: dermatite do cueiro, candidíase, dermatite seborreica, psoríase, trauma local por limpeza excesiva, abuso sexual, enfermidade inflamatoria intestinal ou parasitose intestinal².

A confirmación diagnóstica pódese realizar mediante cultivo ou $\,$ test rápido para EGA $\,$ do hisopado da $\,$ lesión 7 .

As opcións de tratamento inclúen antibioterapia oral (penicilina, amoxicilina, amoxicilina con clavulánico ou cefuroxima) e/ou tratamento tópico (mupirocina ou ácido fusídico). Aconséllase unha duración do tratamento de polo menos 10 días⁷. Existe unha elevada porcentaxe de recidivas, polo que é recomendable o seguimento do paciente².

BIBLIOGRAFÍA:

- Kokx NP, Comstock JA, Facklam RR. Streptococcal perianal disease in children. Pediatrics. 1987;80:659–63.
- Brilliant LC. Perianal Streptococcal Dermatitis. Am Fam Physician. 2000; 61(2): 391-393.
- Echeverría M, Lopez-Menchero JC. Aislamiento de estreptotococo betahemolítico del grupo A en niños con dermatitis perianal. An Pediatr. 2006;64:153-7.
- Clegg HW, Giftos PM, Anderson WE, et al. Clinical perineal streptococcal infection in Children: epidemiologic features, low symptomatic recurrence rate after treatmen, and risk factors for recurrence. J Pediatr. 2015;167(3):687-693
- Lehman R, Pinder S. Streptococcal perianal infection in children. BMJ. 2009;338:b1517.
- Krol A. Perianal streptococcal dermatitis. Pediatr Dermatol. 1990;7:97–100
- Martinez J, Suarez C et al. Dermatitis perianal: importancia de un correcto diagnóstico diferencial. Act Pediatr Aten Prim. 2011;4(3):178-80.

La importancia del diagnóstico precoz. A propósito de un caso.

Carril-Caamaño, Isabel¹.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 33 - 35

1 MIR III MFYC CENTRO DE SALUD VAL MIÑOR EOXI VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Isabel Carril Caamaño, e-mail: sabelacarril@gmail.com

Palabras clave: Apendicitis, absceso, fiebre.

No existen fuentes de financiamiento ni conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

Varón de 27 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Trabaja en un almacén y es jugador de fútbol semiprofesional. Acude a urgencias del PAC en tres ocasiones por dolor subcostal derecho de varios días de evolución que localiza a punta de dedo, no irradiado, que empeora con la respiración, la palpación y el decúbito. Mejora con la sedestación. Refiere febrícula intermitente desde hace un mes, odinofagia intensa y tos seca con ocasional expectoración. No disnea. Niega traumatismo previo. Niega conductas sexuales de riesgo, contacto con animales y viajes recientes. No otra sintomatología de interés

En la exploración física, el paciente se encuentra con buen estado general y estable hemodinámicamente. Afebril con exploración por aparatos y sistemas anodina. Lo único destacable es la presencia de amígdalas hiperémicas con exudados, adenopatías láterocervicales subcentimétricas y dolor a la palpación costal.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿ Cuál crees que es el diagnóstico más probable?

- 1. Dolor de características osteomusculares.
- 2. Pericarditis.
- 3. Posible complicación de una apendicitis aguda.
- 4. Cualquiera de las anteriores.

La respuesta correcta es la 4. Tal y como se describen los síntomas, el dolor costal podría corresponder con un dolor de características musculares (a la palpación y con determinados movimientos se modifica el dolor), una pericarditis (dolor que se incrementa con la inspiración profunda y con el decúbito y mejora con la sedestación acompañado de febrícula) y también con una posible complicación de una apendicitis aguda.

¿Qué pruebas complementarias realizarías en este caso?

- 1. Estreptotest.
- 2. Ecografía abdominal.
- 3. Rx de tórax y ECG.
- 4. Todas las anteriores.

La respuesta correcta sería la 4. El estreptotest se realizaría para confirmar una amigdalitis bacteriana dada los signos y síntomas

(exudados amigdalares, febrícula, adenopatías...). La Rx de tórax y el ECG para descartar patología pulmonar o cardíaca. Por último, la Ecografía se podría realizar para descartar foco abdominal del dalor.

DIAGNÓSTICO

En resumen, se trata de un paciente de 27 años con dolor subcostal derecho a punta de dedo, no irradiado que mejora con la sedestación y empeora con la respiración, esfuerzos y movimientos corporales. Como síntomas acompañantes destacan febrícula intermitente, tos seca y la presencia de una faringoamigdalitis aguda (diagnosticada mediante streptotest, realizado en el PAC). La auscultación cardiopulmonar y las exploraciones abdominal y neurológica fueron normales.

Dado que el paciente había acudido a urgencias del PAC en dos ocasiones anteriores por el mismo motivo y dado el empeoramiento de la clínica, se decidió derivación al Hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.

La primera impresión diagnóstica que se estableció fue la de una pericarditis aguda, dada las características del dolor y de los síntomas acompañantes. Se realizó entonces un ECG que resultó ser normal, una Rx tórax y Rx de parrilla costal derecha que también fueron normales. Asimismo, se realizó una analítica de sangre en donde apareció leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis. La creatinina era de 1,41 mg/dl. Los electrolitos, CPK Y troponinas resultaron negativas. El estudio básico de la coagulación fue normal.

Ante estos hallazgos y la presencia de la faringoamigdalitis aguda no tratada, se decidió manejo conservador con amoxicilina-clavulánico, antiinflamatorios y alta hospitalaria.

El paciente acude dos días más tarde al hospital por persistencia de dolor de las mismas características junto con fiebre nocturna de 38°C y picos febriles de hasta 39°C. La exploración física fue idéntica a la anterior.

Se repite entonces la analítica apreciándose empeoramiento de la leucocitosis y de la neutrofilia, elevación de los reactantes de fase aguda (PCR y procalcitonina) y alargamiento del tiempo de protrombina. La gasometría venosa fue normal.

Dados los resultados de las pruebas y la situación clínica del paciente, se estableció el diagnóstico de síndrome febril sin foco y se realizó interconsulta con el servicio de Medicina Interna para ingreso, dada la ausencia de foco clínico evidente, la presencia de criterios clínico-analíticos de gravedad y el tiempo de evolución.

Posteriormente, se realizó una ecografía abdominal en la que se describieron los siguientes hallazgos: En segmento hepático VIII se visualiza una lesión focal redondeada hipoecogénica y discretamente heterogénea de bordes mal definidos, que presenta un diámetro máximo de 5 centímetros. En la fosa ilíaca derecha se visualiza una estructura tubular que se origina en el ciego y termina en fondo de saco, sin movimientos peristálticos, no compresible con el transductor, de pared discretamente hiperémica y de un diámetro máximo de 1 centímetro. Se observó también pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y derrame pleural derecho de pequeña cuantía. Estos hallazgos fueron estudiados detalladamente tras la ECO, con TC abdominal. Finalmente, se confirmaron los diagnósticos: Absceso hepático secundario a apendicitis aguda junto con derrame pleural derecho.

Se solicitó interconsulta a cirugía general para intervención urgente y drenaje del absceso. Asimismo, se estableció tratamiento con Meropenem.

La evolución durante el ingreso fue tórpida, aumentando los reactantes de fase aguda y requiriendo cambio a piperacilina tazobactam y metronidazol.

Finalmente, el paciente fue dado de alta con amoxicilina-clavulánico y fue programado para drenar el resto del absceso de manera ambulatoria.

EXPLICACIÓN FINAL

La apendicitis aguda es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en las urgencias extra e intrahospitalarias. Presenta una máxima incidencia en la pubertad y hasta los 30 años. El riesgo de padecerla durante la vida es de un 6-20%. La incidencia en niños menores de 5 años y en mayores de 70 es baja.

La tríada clásica es la de fiebre, dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos. Suelen disminuir el número de deposiciones. Si aparece diarrea, nos debe de hacer sospechar en un apéndice retrocecal.

La sospecha clínica debe ser seguida de pruebas analíticas (pudiendo estratificar el riesgo con datos clínicos y de laboratorio). Por otra parte, la confirmación del diagnóstico se hará con pruebas de imagen. Entre estas últimas, el TC es de primera elección salvo en niños y mujeres en edad reproductiva en los que se debe escoger la ecografía abdominal en primer lugar. Destacar también que en la Rx de abdomen pueden visualizarse calcificaciones en la FID sugestivas de apendicolito.

Las complicaciones son poco frecuentes y se relacionan fundamentalmente con el retraso diagnóstico inicial.

El absceso hepático secundario a la apendicitis aguda es una complicación poco frecuente aunque potencialmente grave. La etiología suele ser polimicrobiana, destacando la Escherichia coli y el Bacteroides fragilis. La prueba diagnóstica más específica es el TC. El tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro durante 4-6 semanas y en ocasiones se debe de plantear el drenaje percutáneo. Es una patología potencialmente mortal, de ahí la gran relevancia de diagnosticarla de manera temprana y proceder de manera correcta.

Por otra parte, no nos podemos olvidar de buscar una causa abdominal ante una fiebre de origen desconocido aunque en un primer momento no pensemos en ella.

Teniendo en cuenta el caso presentado, podemos reflexionar sobre que aspectos relacionados con la anamnesis y pruebas complementarias disponibles en Atención Primaria pudieran haber acelerado y simplificado el proceso diagnóstico.

La importancia de una anamnesis y una exploración física exhaustiva nos facilita una orientación clínica adecuada. Es necesario atender a todos los síntomas que presenta el paciente, sobre todo cuando consulta de forma reiterada por los mismos. Por ello, el seguimiento que en Atención Primaria podemos hacer de los pacientes es una herramienta fundamental, clave y accesible en cualquier momento, para el correcto abordaje de las patologías. En este caso este paciente no fue visto por su médico de familia.

La reflexión sobre el caso que nos ocupa señala como necesario dotar a la Atención Primaria de mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas. Esto permitiría realizar de forma ambulatoria pruebas de imagen (como la ecografía o TC) de forma ágil y efectiva, que en este caso evitarían las complicaciones derivadas de la demora diagnóstica.

IMÁGENES:



Masa compatible con infección apendicular. Evolucionada que condicionó un absceso de hígado por su tratamiento no adecuado.



Absceso hepático

BIBLIOGRAFÍA

 Rastović P, Trninić Z, Galić G, Brekalo Z, Lesko J, Pavlović M. Accuracy of Modified Alvarado Score, Eskelinen Score and Ohmann Score in Diagnosing Acute Appendicitis. Psychiatr Danub. 2017 May;29(2):134-141.



- Fernández Lobato R. Pruebas de imagen y apendicitis aguda: importancia para la calidad asistencial. Rev Calid Asist. 2010;25(4):183-5.
- Cochrane Database Syst Rev 2011 Jan 19;(1) [Base de datos en Internet] [consultado 3 de julio de 2017]. Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/21249672# Citado en Cochrane Library CD005660.
- 4. David A. Talan. In Reply. Ann Emerg Med. June 2017;69(6):795-797.
- Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Cruz Alcaide AB, Montero Pérez FJ. Pericarditis aguda. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, directores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5° ed. Barcelona: El Sevier; 2015. p 206-208.
- de Burgos Marín J, Jiménez Murillo L, Herrero González Y, Montero Pérez FJ, Berlango Jiménez A, Briceño Delgado FJ. Dolor abdominal agudo. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, directores. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5° ed. Barcelona: El Sevier; 2015. p. 294-306.

Cad Aten Primaria

Ano 2018 Volume 24 (1)

Atrapamento de pálpebra superior por cremalleira

Estévez Forneiro, Eva M.1; Cereijo González, Esther2; Pérez López, Pilar3; Bernárdez Peña, Lorena Norivet4.

- 1 MÉDICA ESPECIALISTA MFYC. PAC REDONDELA. EOXI VIGO.
- 2 D.U.E. PAC REDONDELA, EOXI VIGO.
- 3 D.U.E. PAC REDONDELA, EOXI VIGO.
- 4 MÉDICA ESPECIALISTA MFYC. PAC REDONDELA. EOXI VIGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Eva Mª Estévez Forneiro. e-mail: eva.maria.estevez.forneiro@sergas.es

Palabras chave: lesión, pálpebra, cremalleira.

Palabras clave: lesión, párpado, cremallera.

Key words: injury, eyelid, zipper.

Declaramos: que non existe fonte de financiamiento e que non existe ningún conflito de intereses. Tendo en conta que o caso clínico implica a unha menor, contamos co consentimento informado por escrito do seu pai, para a publicación do caso con reserva dos datos de filiación da menor.

INTRODUCCIÓN

Muller de 14 anos acode ao Punto de Atención Continuada (PAC) co seu pai por atrapamento da pálpebra superior do ollo esquerdo con cremalleira. Introducindo pola cabeza un xersei, a paciente notou que non lle entraba ben por cremalleira pechada en pescozo do xersei, ao abrila terminou a mesma atrancada coa pálpebra superior esquerda. A paciente acudiu a centro sanitario aos 60 minutos do suceso. Presentaba dor e ansiedade. Administrámoslle 1 comprimido de diazepam 5 mg vía oral. Recortamos xersei contorna á cremalleira e avaliamos a situación.

Vertemos aceite mineral cosmético sobre a cremalleira. Iniciamos conversación coa paciente co obxectivo de desviar a súa atención e subimos a cremalleira con suavidade pero con firmeza. A cremalleira pechouse suavemente, liberando a pálpebra sen provocarlle ningunha ferida; quedando unicamente unha marca temporal pola presión da cremalleira sobre ela.

PREGUNTA:

Ante un atrapamento con cremalleira que comprometa tecido cutáneo, cal é a opción preferente para a súa liberación?

- a) Abrir ou pechar cremalleira.
- b) Tranquilizar ao paciente, aplicar lidocaína tópica e traccionar cremalleira con suavidade e firmeza.
- c) Mellor non mover cremalleira e facer incisión controlada en pel.
- d) Non é posible a súa resolución en atención primaria, sempre require valoración hospitalaria.

A opción correcta é a opción b. A tranquilidade do paciente así como o control da súa dor, antes da manipulación da cremalleira son procedementos básicos e que se presumen definitivos para o éxito da intervención.

DIAGNÓSTICO

Lesión en pálpebra por cremalleira.

DISCUSIÓN

Os atrapamentos da pel por cremalleira non son situacións frecuentes; pero dentro destas predominan as situadas no pene, especialmente na idade pediátrica. Atopamos a publicación de diferentes casos clínicos que o describen.

Mención especial merece a revisión "Management of zipper injuries" UpToDate Inc. http://www.uptodate.com (Nov 2016) onde se realiza unha revisión dos diferentes modos de acción ante as lesións producidas por cremalleira en pene.

No conxunto de experiencias publicadas, destaca a importancia de non atrasar a resolución da lesión para evitar complicacións, sendo a máis frecuente a formación de hematoma localizado, outras: edema e dor locais e menos frecuentes: perda da pel e necrose.

Existen diferentes opcións terapéuticas posibles segundo a situación do atrapamento. Debemos optar pola menos dolorosa e traumática.

Tranquilizar ao paciente e á súa contorna, ademais de explicar o procedemento a seguir, facilitará a resolución da situación.

Comezaremos o procedemento terapéutico co control da ansiedade e da dor. Sedaremos de xeito adecuado segundo os protocolos de sedación e control da dor, tendo en conta a idade do paciente.

A consecución dunha analxesia e anestesia adecuada será fundamental para a resolución exitosa da situación. Para iso temos anestesia tópica en forma de crema lidocaína-procaína ou lidocaína liposomal. Outra escolla posible é a infiltración de lidocaína ou anestesia a través do bloqueo nervioso periférico como unha opción máis agresiva e reservada para situacións de maior complexidade.

Para a liberación da pel, descríbense distintas técnicas. Debemos optar pola menos traumática.

No noso caso escollemos a aplicación de aceite mineral e suave tracción da cremalleira na dirección de peche.

Dentro da investigación bibliográfica atopamos un caso clínico moi similar ao noso, nun rapaz de 11 anos, con atrapamento da pálpebra superior por unha cremalleira, publicado no J Pediatr Oftalmol Strabismus. 2008 setembro - 45 (5): 320. Neste caso, a técnica elixida foi a aplicación 30 minutos antes de manipular a cremalleira de crema de lidocaína ao 2%; pechando despois a cremalleira.

Outras posibilidades de liberación: estragar o mecanismo da cremalleira con cortadores de arames ou con desparafusadores que separan as placas da cremalleira. Estas opcións parecen requirir un coñecemento avanzado do mecanismo da cremalleira, de maneira que a súa manipulación leva á súa apertura.

A posibilidade terapéutica máis agresiva estaría no quirófano e consistiría na escisión da pel atrapada.

EXPLICACIÓN FINAL

Durante a súa valoración os sanitarios presentes traballamos con distintas posibilidades para separar a cremalleira da pálpebra; cremos que facilitar o seu avance/peche podería ser o menos lesivo como así resultou. Non son poucos os casos que se nos presentan, sobre todo na atención en PAC, de cremalleiras atrancadas en distintas zonas. Recomendamos dada a nosa experiencia e a revisión bibliográfica, tranquilizar e explicar o procedemento terapéutico ao paciente e á súa contorna, valorar a aplicación de pomada con lidocaína ou, en todo caso, dun elemento graxo/oleoso sobre cremalleira e proceder ao seu peche, para a liberación do tecido tegumentario.

BIBLIOGRAFÍA

- Renno RZ. "Zipper Injury to Upper Eyelid". J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2008 Sep- Oct;45(5):320.
- Joan Bothner MD. "Management of zipper injuries" UpToDate Inc. http://www.uptodate.com 2016, Nov.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 38

Especial Abstracts Premios á investigación para residentes de Atención Familiar e Comunitaria da EOXI de Vigo. 1ª e 2ª edicións

Ana Clavería Fontán¹.

1 TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, EOXI VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN GALICIA-SUR. REDIAPP, 36201 VIGO, SPAIN

"Se realmente cremos que a atención primaria é demasiado importante para fallar, como garantiremos o seu éxito?". Esta é a pregunta que motivou o impulso á investigación para residentes de Atención Familiar e Comunitaria da EOXI de Vigo. A prestación de atención primaria é complexa e cambiar un sistema complexo está infestado de dificultades e desafíos, o que leva á analoxía común de redeseñar un avión mentres está a voar. Un dos métodos máis prometedores para apoiar a transformación da atención primaria é un modelo que apoie unha relación continua entre a investigación e a práctica clínica, iniciada e executada polos propios profesionais.

Dende 2017, A Xerencia da EOXI de Vigo, no marco do Instituto de Investigación Biomédica Galicia Sur, convoca os premios á investigación para residentes de Atención Familiar e Comunitaria, co fin de promover a actividade investigadora e a participación internacional dos seus profesionais dende o seu período de formación. Neste sentido, este premio pretende recoñecer os traballos de investigación levados a cabo por residentes da Unidade Docente Multiprofesional de Atención Familiar e Comunitaria de Vigo, ó longo do seu período formativo.

O premio financia a inscrición, viaxe e aloxamento para a presentación do proxecto premiado nunha reunión científica da European General Practice Research Network. O xurado reservarase a posibilidade de estimular a investigación a través da entrega de un accésit a calquera outra investigación que non teña sido a galardoada, pero que pola súa relevancia mereza tal distinción.

É necesario defender o proxecto finalizado no acto de presentación dos traballos de investigación durante a residencia. O xurado estará

composto por profesionais con recoñecida experiencia investigadora no ámbito da Atención Primaria e sen conflitos de interese. Para outorgar os premios, avaliaranse os seguintes criterios: Interese para a práctica clínica en Atención Primaria, orixinalidade e potencial innovador do descubrimento científico, aplicabilidade e impacto dos resultados da investigación no Servizo Galego de Saúde, metodoloxía (obxectivos, deseño, aspectos ético-legais, resultados, conclusións, multicéntrico ou cooperativo, difusión).

No ano 2017, o xurado estivo formado por profesionais da área de Ourense (dous médicos de familia e un enfermeiro) e os traballos seleccionados foron:

Primeiro Premio: The ABCD assessment tool in COPD patients with GOLD 2017 and GOLD 2016 quidelines. EGPRN Dublin 2017.

Accésit: Actuación comunitaria en diabetes a traves de interpretacion teatral

No ano 2018, o xurado estivo composto por profesionais da área de Pontevedra (un médico de familia, unha enfermeira comunitaria, un profesor de universidade) e os traballos premiados foron:

Primeiro Premio: Methodology to implement the laugh therapy in primary care centre. EGPRN Sarajevo 2018.

Accésit: Sensibilidad y especificidad por grupos etarios del test del dímero D. ¿Es posible interpretar sus datos con mayor precisión?

Methodology to implement the laugh therapy in primary care centre.

Lago López, Patricia¹; José Parrado Alonso, María José²; Isabel Calheiros Cruz, Teresa Isabel¹; Cameselle Teijeiro, Jorge³.

- 1 EIR II AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE MATAMÁ, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 2 EIR II AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE PINTOR COLMEIRO, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 3 EIR II AFYC. PAC DE CANGAS, CANGAS

BACKGROUD

1° PREMIO

Cad Aten Primaria

Ano 2018

Páx. 39

Volume 24 (1)

Laughter therapy improves Emotional Intelligence and Empathy. Stress, anxiety and loneliness are prevalent increasingly in our society including caregivers. From the health centre we have the opportunity to improve users' health, stimulating the emotional intelligence to face the disease and the problems of our life better.

RESEARCH QUESTIONS

We have proposed to investigate what would be the model of laughter therapy workshop, useful and reproducible, to apply in primary care and know the users opinion. We investigated what is the interest of the health professional about this therapeutic tool.

METHOD

A qualitative study (Research-Action Design) was carried out with an intervention in 4 phases: Accreditation as Laugh Therapy Monitors; Experimental workshops; Proposal of a Standard Model of Workshop and Evaluation of the same. An Inductive analysis allowed us to design the final Standard Workshop. 348 surveys were conducted to professionals in our health area. A total of 20 workshops were held, attended by 415 users. For the statistical analysis, the versions of SPSS 22.0 for Windows were used.

RESULTS

The 80% of health professionals don't have experience in laughter therapy: 3 out of 10 do not show interest and 5 out of 10 want to participate. Only 2 out of 10 health professionals acknowledge having participated in at least one laughter therapy workshop. We observed that female professionals value the usefulness of laughter as a therapeutic tool better than their male counterpart (p<0.001). We have designed a Standard Model of Laughter Therapy Workshop that was well appreciated by users.

CONCLUSIONS

Both in users and professionals, gender has been a determining factor. We propose a specific and reproducible Laughter Therapy Workshop Model for Primary Care. The "Risoterapia" must adapt to the target populations to which it is addressed.

Presentation: 05/10/2018 16:30 by Patricia Lago López. Abstracts / Programme Book of the 87th EGPRN Meeting, Sarajevo-Bosnia and Herzegovina, 4-7 Oct 2018.

ACCÉSIT

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 40 - 41

Sensibilidad y especificidad por grupos etarios del test del dímero D. ¿Es posible interpretar sus datos con mayor precisión?

Robles Fernández, Javier¹; Fernández Morón, Goretti².

- 1 MIR IV AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE SÁRDOMA, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 2 MIR IV AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE VAL MIÑOR, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, NIGRÁN.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica del sistema venoso profundo es importante causa de morbimortalidad en nuestro medio. En pacientes con sospecha, el test dímero D resulta útil, para seleccionar pacientes que precisen una prueba de imagen.

Diferentes fórmulas se han propuesto para su interpretación por la influencia de otros factores como la edad.

OBJETIVO

Describir la utilidad diagnóstica del test dímero D con puntos de corte óptimos ajustados por edad.

Comparar la utilidad diagnóstica del test dímero D con el criterio clásico (punto de corte en 500) y la nueva fórmula (punto de corte en edad*10).

METODOLOGÍA

Estudio de utilidad diagnóstica, comparando los test con la prueba de referencia (diagnóstico por imagen), en pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, en 2016. El diseño es por auditoría de historias clínicas con reposición. Muestra calculada, 1720 pacientes estratificados por edad.

Se han registrado las variables edad y sexo, motivo de consulta principal, cifra de dímero D y cretinina, pruebas de imagen (angio-TC, ecografía o gammagrafía), positividad para TVP o TEP, puntuación Wells y fechas de realización del test, la prueba de imagen y evento clínico. Se han asignado a los pacientes 5 grandes grupos etarios (18 a 50, 51 a 60, 61 a 70, 71 a 80 y >80 años).

El análisis descriptivo y bivariante se realizó con el paquete SPSSv22. Para seleccionar el modelo predictivo se utilizó el paquete *gam*, para utilidad clínica el paquete *pROC* y para identificar el punto de corte óptimo, *OptimalCutoints*, todos ellos en R.

Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), razón de verosimilitud positiva (RV+), razón de verosimilitud negativa (RV-), índice de Youden (Y), área bajo la curva (AUC) para TVP y para TEP.

Se buscó también identificar el punto de corte específico para cada grupo de edad. Se cálculo el índice de reclasificación neto para TVP y TEP con las dos fórmulas.

RESULTADOS

En el análisis intermedio de 557 pacientes, la edad mediana es de 63 años (RIC95%: 44-77) y la mediana de dímero D de 715,50 (RIC95%: 414.50-1442).

En el análisis multivariable se plantearon diferentes modelos (dímero D, dímero con edad, dímero con edad y creatinina), siendo los que incluyen la edad y dímero D, tanto en TVP como TEP, los que explican mayor variabilidad. Las curvas ROC y sus AUC con intervalo de confianza se adjuntan en las figuras 1 y 2 para TEP y TVP respectivamente respectivamente.

Al comparar las fórmulas del punto de corte 500 y punto de corte edad*10, calculando el índice de reclasificación se observa: a) la probabilidad de TVP disminuiría un 13,81% (EE: 0,02 y p=0,000) la necesidad de realizar pruebas de imagen. b) la probabilidad de TEP, disminuiría 22,28% (EE: 0,05 y p= 0,000).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio no se ha finalizado. Se requiere el análisis de más datos para mejorar su precisión, sobre todo en los grupos más añosos.

Los modelos basados en dímero D sin incluir la variable edad clasifican peor que los propuestos con edad.

Esto puede tener importantes repercusiones clínica y/o organizativas, por el ahorro en pruebas de imagen que esto conlleva. Sin olvidar los desplazamientos que se evitarían de implantar la prueba en atención primaria.

El estudio presenta como principales debilidades su carácter retrospectivo y el desconocimiento de la probabilidad pretest de la mayoría de individuos.

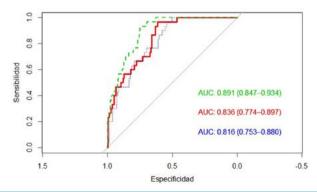


Figura 1. Curva ROC de diferentes modelos para TEP. En verde se representa el modelo con Dímero D, creatinina y edad. En rojo, el modelo con Dímero D y edad. En azul, el modelo con punto de corte fijo de Dímero D en 500.

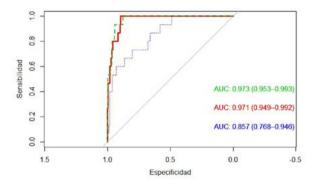


Figura 2. Curva ROC de diferentes modelos para TVP. En verde se representa el modelo con Dímero D, creatinina y edad. En rojo, el modelo con Dímero D y edad. En azul, el modelo con punto de corte fijo de Dímero D en 500.

Riesgo coronario y de enfermedad ateroesclerótica con los índices ITB, CAVI, edad vascular y UKPDS en pacientes diabéticos.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 42 Llanos Ulloa, Sandra Lucía¹; Cobas Martínez, María Jesús².

- 1 MIR IV AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE MATAMÁ, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 2 MÉDICA DE FAMILIACENTRO DE SAÚDE DE MATAMÁ, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO

INTRODUCCIÓN

Diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades metabólicas que tienen gran impacto fisiopatológico, biopsicosocial, y económico a nivel mundial, por su alta y creciente prevalencia es uno de los mayores problemtas actuales de salud pública y de especial interés en atención primaria. El principal problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años y son más frecuentes en pacientes diabéticos. Por lo que nos proponemos como objetivo analizar en pacientes diabéticos de un cupo de Atención Primaria su riesgo coronario y su riesgo de enfermedad ateroesclerótica.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional transversal realizado en el centro de salud de Matamá (Galicia) en 134 diagnosticados de DM entre 40 a 70 años.

La intervención consistió en anamnesis y revisión de historia clínica, analítica con colesterol total, HDL y HBA1c (con menos de 6 meses de antigüedad), TA, ECG vigente del último año, talla y peso. Posteriormente el paciente es citado para realización del método VASERA, con el cual se miden los índices CAVI, ABI y edad arterial. Se evaluó el riesgo cardiovascular mediante el método "United Kingdom Prospective Diabetes Study".

RESULTADOS

De los pacientes examinados, completan el estudio 56. De ellos 33 hombres (59%) y 23 mujeres (41%) con una media de edad de 60 años. De acuerdo con los resultados obtenidos se observa que a cuanto mayor edad cronológica y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (DM) mayor edad arterial. Además, el CAVI es mayor que en hombres (51.5%) que, en mujeres, por lo que resulta muy sugestivo de ateroesclerosis. En cuanto al índice ITB o ABI de igual manera afecta también mas a los hombres de manera inversamente proporcional, a menos ITB más riesgo de oclusión. Por último, el riesgo para padecer enfermedad cardiovascular en 10 años medido por la escala de fue igualmente mayor en hombres con índices de riesgo moderado (48.5%) y severo (45.5%)

CONCLUSIONES

Se confirma el elevado riesgo en diabetes mellitus, sobre todo en hombres, con cualquiera de los índices utilizados en el estudio ya sea CAI, ITB o ABI, edad arterial y con UKPDS. Además, la escala UKPDS clasifica con mayor riesgo que CAVI. En cuanto a la técnica VASERA es más rápido que el doppler, analítica, ECG y entrevista clínica por lo que se debería recomendar utilizarla eventualmente.

Evaluación geriátrica integral con la Escala Magic y calidad de vida en pacientes ancianos de Atención Primaria.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 43 Dios Quiroga, Fátima María¹; Soliño Lourido, Susana².

- 1 EIR II AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE VAL MIÑOR, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, NIGRÁN.
- 2 EIR II AFYC . CENTRO DE SAÚDE DE LÉREZ, UNIDAD DOCENTE DE PONTEVEDRA, PONTEVEDRA.

ANTECEDENTES

En Galicia, debido al envejecimiento de la población, cada vez es más necesario tener buenas herramientas de evaluación geriátrica integral. La escala MAGIC es una escala nueva, desarrollada por un grupo europeo, que aún no se ha evaluado en la práctica clínica para la evaluación geriátrica integral. Es muy interesante tener la oportunidad de probar MAGIC, ya que parece una herramienta de cribado realmente rápida y eficaz, con la que detectar problemas de calidad de vida en personas mayores.

OBJETIVOS

Por ello, nos proponemos traducirla al español y analizar su impacto en la calidad de vida de los pacientes junto con la escala EQ-5D-5L, como medio para valorar su utilización futura en nuestra consulta de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional, transversal y descriptivo en personas mayores de 75 años captadas de manera oportunista en la consulta de enfermería en dos centros de salud. La muestra fue de 170 personas seleccionadas por muestreo sistemático, las tres primeras, con reposición en el cupo. Para la recogida de datos, se han utilizado encuestas anónimas.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 106 mujeres y 64 hombres con edad media de 82 años. En el análisis multivariante con modelos aditivos generalizados, con EVA como variable de resultado obtuvimos que tienen impacto en la calidad de vida la dificultad para visión periódico, dificultad para reconocer gente, incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, persona de confianza, movilidad para caminar y dolor/malestar.

Con la escala MAGIC destacamos que: el 21% tiene mucha o total dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, el 72% no tiene dificultades para reconocer gente, el 72% no tuvo caídas en los últimos 6 meses, el 99% tiene personas de confianza y el 74,4% presenta deterioro cognitivo. Las mujeres están más desanimadas, con más problemas de incontinencia de esfuerzo y urgencia que los hombres. Por el contrario, los hombres tienen más problemas de audición.

Con la escala EQ-5D-5L destacamos que: el 61% no tiene problemas para lavarse o vestirse y el 69% presenta dolor/malestar en diferente grado de intensidad. Los hombres tienen menos problemas de movilidad para caminar, de realizar actividades cotidianas y ansiedad/depresión que las mujeres.

Dado que no existen publicaciones sobre la escala MAGIC, solo hemos podido comparar el EVA con la Escala Nacional de Salud (ENS).

La media de puntuación de la escala de salud de este estudio (60,38) es muy similar a la media de España (58,56) y también de Galicia (58,98) para los grupos de edad incluidos en este estudio. Es un aspecto positivo para este estudio ya que parece una selección adecuada de la población, a pesar de que fuera en consulta y no poblacional.

Entre los aspectos diferentes destacamos que: A) A la hora de lavarse y vestirse, los encuestados de 85 o más años de este estudio tienen menos problemas que en la ENS. B) En cuanto a la movilidad para caminar y la actividad cotidiana se observa que los encuestados, de 75-84 años en la ENS tienen menos problemas que los de este estudio. C) No hay grandes diferencias en la comparativa dolor/malestar. D) En ambos grupos de edad vemos que los encuestados de este estudio tienen más ansiedad/depresión que los encuestados del estudio español.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la escala MAGIC es una valoración geriátrica integral que por su sencillez y rapidez puede ser de utilidad en atención primaria. Se presenta una versión modificada incorporando ítems del EuroQuol, que deberá ser probada clínicamente.



Incidencia y factores de riesgo de la infección en pacientes diabéticos en un área sanitaria.

Venegas Bernal, Sandra Rocío¹; Alonso-Valencia, Helena¹.

1 MIR IV AFYC .CENTRO DE SAÚDE DE PINTOR COLMEIRO, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.

OBJETIVO

Calcular la incidencia e identificar factores de riesgo de infección en pacientes con diabetes mellitus.

DISEÑO

Estudio de cohorte histórica por auditoría de historias clínicas .

ÁMBITO

Área sanitaria de Vigo.

PARTICIPANTES

Pacientes con episodios y/o condicionantes de diabetes mellitus (CIAP T89 y T90) registrados en historia clínica electrónica de atención primaria entre 2010 y 2016.

MÉTODOS

Muestreo aleatorio con sustitución hasta alcanzar la muestra calculada (378). Se recogió sexo, edad, tiempo de evolución desde diagnóstico de diagnóstico de diabetes, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento antidiabético, HbA1c y glucemia próxima a la infección (± 3 meses), infecciones por tipo y gravedad, y antibiótico en la primera infección tras el diagnóstico de diabetes. Se realizaron análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

RESULTADOS

Se alcanzó una muestra de 400 participantes, de los cuales el 47% (IC95%:42,16-51,90) eran mujeres. La mediana de edad fue 69

(RIC95:62-77) años. El tiempo medio desde el diagnóstico de diabetes a la actualidad, de 6 años (RIC95%: 4-8) y el número de infecciones por paciente de 3 (RIC95%:1-5).

Se tomaron en cuenta los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables con una mediana de 3. Los más prevalentes fueron la dislipemia (80,5%), HTA (79,3%), enfermedad ateroesclerótica (33.8%) y tabaquismo (31.5%), con diferencias por sexo. Se valoró la colonización como medida indirecta de la posible alteración de estado inmunológico, presente solamente en el 2.5% de la muestra, y similar entre ambos sexos.

Se tuvieron en cuenta cuatro tipos de infección: tracto urinario, tejidos blandos, respiratoria no complicada (incluye área ORL) y respiratoria complicada. La infección más prevalente fue la respiratoria no complicada y el antibiótico más utilizado para tratarla fue azitromicina, seguida de amoxicilina/clavulánico. Tanto en el ámbito hospitalario como en primaria, el antimicrobiano más utilizado fue amoxicilina/clavulánico, seguido de azitromicina y ciprofloxacino en primaria, y quinolonas en ámbito hospitalario. También se encontraron diferencias significativas en el tipo de infección por sexo: en mujeres fue más prevalente la ITU y en hombres la infección de tejidos blandos (p=0,17).

Entre los factores de riesgo que pueden predisponer la infección en pacientes DM, en el modelo ajustado se identificaron, por orden de importancia la colonización, tiempo de evolución de DM, enfermedad ateroesclerótica, sexo, HTA, N° total de FRCV y dislipemia.

CONCLUSIONES

Los pacientes diabéticos con factores de riesgo cardiovascular como dislipemia, aterosclerosis o mayor tiempo de evolución, se ven más afectados por un mayor número de procesos infecciosos, probablemente por su alteración endotelial. En ellos se utiliza para infecciones comunes un elevado porcentaje deantibioticoterapia con amplio espectro

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Evaluación de la utilidad de diferentes métodos en la estratificación individual y la reclasificación del riesgo cardiovascular de sujetos de riesgo intermedio en Atención Primaria.

Bizarro Fernández, Sara¹; Salazar Nava-Morales, Silvia¹; Dopico Lorenzo, Paula¹.

1 MIR IV AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE SÁRDOMA, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias entre la utilización de exploraciones complementarias habitualmente usadas en atención primaria para identificar lesión de órgano diana y la ecografía carotídea, mediante la detección de ateroesclerosis, para la reclasificación del riesgo cardiovascular en pacientes con riesgo intermedio susceptibles de padecer eventos cardiovasculares.

MÉTODOS

Estudio transversal, en el ámbito de la atención primaria de salud, que incluyó a 230 sujetos entre 50 y 70 años, seleccionados de forma oportunista, entre los pacientes que acudieron a las consultas de medicina general y enfermería de tres cupos médicos del centro de salud de Sárdoma. Se identificó y estudió a los pacientes que presentaban riesgo cardiovascular intermedio según la fórmula SCORE.

Se les realizó una exploración física y se utilizaron los procedimientos estándar para detectar lesión en órgano diana (aclaramiento de creatinina, electrocardiograma) y mediante el sistema de evaluación vascular "VaSera" se evaluó el índice tobillo- brazo y la rigidez arterial (CAVI). Se examinaron mediante ecografía las arterias carótidas común, bulbo e interna de ambos lados, se midió el grosor íntima-media en la carótida común a nivel de bifurcación, para identificar la presencia de placa ateromatosa.

Se realizó análisis estadístico bivariante (chi cuadrado) para variables cualitativas, Mc Whitney para variables cuantitativas de los datos obtenidos y análisis multivariante con la presencia o no de placa como variable dependiente.

RESULTADOS

La media de edad de los participantes fue 60,96 años. El 59,7% fueron mujeres, el 24,8% eran fumadores, el 36,1% presentaba hipertensión y el 56,1% hipercolesterolemia, de los cuales el 27% recibían tratamiento hipolipemiante. El 45,5% de la población estudiada tenía un riesgo de 1%, siendo mayor la detección de placa (27%) en pacientes con SCORE del 3%.

Ninguna de las variables analizadas se relacionó de manera significativa con la presencia de placa carotídea salvo el tabaquismo en el análisis multivariante.

Hay que destacar que se reclasificó a 38 (16,52 %) sujetos de riesgo intermedio a muy alto debido a la presencia de placa carotídea.

CONCLUSIÓN

No existe una clara asociación entre la clasificación del riesgo cardiovascular mediante las pruebas clásicas de detección de lesión en órgano diana y la presencia de placa ateromatosa.

Este estudio apoya que la ecografía tiene un papel fundamental en la correcta estratificación del riesgo cardiovascular ya que un porcentaje importante de pacientes tenían un riesgo cardiovascular superior al estimado por las tablas de riesgo, cambiando de forma significativa su objetivo y manejo terapéutico.

Intervención dietética en pacientes dislipémicos en Atención Primaria.

Hermida González, Laura¹; Roel Bonome, Victoria²; López González, Elena³.

- 1 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE TABOADA LEAL, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 2 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE DE BEMBRIVE, UNIDAD DCOENTE DE VIGO, VIGO.
- 3 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE DE REDONDELA, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, REDONDELA.

INTRODUCCIÓN

Cad Aten Primaria

Ano 2018

Volume 24 (1)

La dieta tipo DASH (dietary approaches to stop hypertension) es un método de intervención dietética basada en compuestos fitoquímicos antioxidantes que ha resultado eficaz en el tratamiento de la Hipertensión arterial (HTA). Este estudio se ha realizado con el objetivo de comprobar su eficacia sobre el perfil lipídico.

MÉTODOS

Se ha realizado a través de un diseño ante-post durante un período de tres meses en un grupo de pacientes con dislipemia de novo o a tratamiento no controlados, de edades comprendidas entre 40-75 años, captados en la consulta de medicina de familia en 3 centros de salud del área de Vigo (Pontevedra, España). El tamaño muestral calculado fue 104.

La intervención consistió en consulta presencial informando al paciente sobre la dieta y facilitándole un calendario semanal donde debe registrar incidencias y verificar su cumplimiento en el tipo y frecuencia de los alimentos recomendados. Se registraron datos basales al inicio (peso, perímetro abdominal, colesterol total, LDL-colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol, score pre intervención, TAS, TAD, uso de fármacos crónicos), control al mes de inicio (peso, perímetro abdominal, tensión arterial y adherencia terapéutica) y a los tres meses un control final (control analítico, TA, peso, perímetro abdominal y posibles incidencias encontradas con la dieta durante la intervención).

Se consideró el perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) como resultados principales y secundariamente la tensión arterial, peso, perímetro abdominal (PA), y el SCORE. Como variables moduladoras del efecto se consideraron la actividad física, el consumo de estatinas y el cumplimiento de las medidas dietéticas consideradas (lácteos, aceita oliva virgen extra, semillas de lino y sésamo, ajo, vegetales, carne, pescado azul, precocinados, forma de cocinar, nueces, azúcares y pan).

Se realizó estudio descriptivo, bivariente con SPSSv22 y modelo mixto multinivel con el paquete lme4 de R.

RESULTADOS

Se reclutaron a 97 pacientes, pero completaron la intervención 62. De ellos 38 mujeres (61,3%) y 24 hombres (38,7%) con una edad media de 60 años.

Entre los resultados destacamos el descenso del colesterol total con media -18 mg/dL e intervalo de confianza al 95% de \pm 3, descenso de LDL colesterol de -15 mg/dL \pm 3 y descenso de triglicéridos de -27 mg/dL \pm 5.

Con la prueba de Wilcoxon, fueron significativas las diferencias antepost para colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol, triglicéridos y perímetro abdominal.

En el análisis multivariante, se construye un modelo cuyo componente randomizado es el paciente y los componentes fijos son el cumplimiento de las diferentes recomendaciones dietéticas. Con p=0,000, comprobamos que el colesterol total disminuye entre -23,153 y -12,879 mg/dl. Para la tensión arterial sistólica, el modelo no converge.

CONCLUSIONES

Se confirma la efectividad de la intervención dietética en el perfil lipídico, aunque el impacto específico de la inclusión de alimentos específicos (los vegetales, pescado azul, el ajo, el té verde, el aceite de oliva virgen extra, nueces y semillas) así como la exclusión de otros (refinados, carne, forma cocinado) presenta amplia variabilidad.

La variación del peso corporal no ha sido estadísticamente significativa en relación con la mejoría de las variables principales. Esto pone de manifiesto la relevancia de centrar la intervención dietética en el tipo o calidad de los alimentos en lugar de la restricción calórica.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx 47

Análisis de la situación actual de la enfermedad celíaca en el adulto en el área de Vigo.

Parada Jorgal, José Ramón¹; Fernández Paz, Estefanía1; Costas Álvarez, Marta1.

1 MIR IV AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE TEIS, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia e incidencia de la enfermedad celíaca en el área de Vigo desde 2007 hasta 2017 y evaluar el proceso diagnóstico y su seguimiento por parte de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. La población diana fueron pacientes registrados con episodio abierto CIAP D99.01 (EC), pertenecientes a Centros de Salud de todo el área de Vigo. Criterio de inclusión: mayores de 15 años con diagnóstico compatible con EC mediante confirmación histológica (clasificación Marsh).

RESULTADOS

Se seleccionaron 130 pacientes con episodio CIAP D99.01. Se excluyeron 37 pacientes. Del total de pacientes del estudio (93) 73 fueron mujeres y 20 fueron hombres.

La prevalencia de la EC fue del 0,04%, mayor entre mujeres que entre hombres (2,8:1). La edad media de de los pacientes estaba comprendida en un rango de edad entre 30-44 años. La edad media al diagnóstico de EC está comprendida en el rango de 15-29 años.

El 86% de los pacientes tenía realizada una biopsia y el 70% tenía realizada una determinación de Anticuerpos Transglutaminasa en los últimos 24 meses.

Se sugiere asociación EC y presentación de patologías autoinmunes en estos pacientes, como la Artritis Reumatoide (2,9%), Enfermedad de Graves (6,7%), Hashimoto (4,9%), DM tipo I (4,8%).

Asímismo también se ha observado que existe un aumento de la incidencia de patologías como la Osteoporosis (12,5%), Anemia

ferropénica (43,3%), Linfoma no Hodgin (8,7%) y Dermatitis Herpetiforme (3,8%).

Se observó una deficiencia en el seguimiento de estos pacientes, pues a tan sólo un 14,4% se les había solicitado una densitometría ósea en algún momento, un 15,4% habían sido vacunados contra el Neumococo y sólo al 57,7% se le había realizado un correcto asesoramiento dietético. Con respecto al cribado familiar, hemos observado que tan sólo se había realizado al 10,6% de los familiares de pacientes afectos de EC.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Lo más destacable en el estudio es, que a pesar del esfuerzo realizado en buscar casos de pacientes diagnosticados correctamente de EC no se ha alcanzado el tamaño muestral que permita relacionar de manera estadísticamente significativa las variables ni hacer inferencias sobre una eventual causalidad.

La EC puede aparecer a cualquier edad, con una gran variabilidad clínica y en ocasiones con sintomatología extradigestiva. La asociación con la anemia ferropénica, sobre todo en aquella no bien filiada y refractaria a tratamiento con ferroterapia debería ser cribada en busca de EC. Las manifestaciones atípicas y las formas oligo o asintomáticas pueden retrasar el diagnóstico durante años.

La EC se encuentra en nuestro medio infradiagnosticada y cuando se establece el diagnóstico no se hace un seguimiento de calidad de esta patología desde AP

El manejo de esta enfermedad, habida cuenta de su capacidad para afectar negativamente la calidad de vida de nuestros pacientes, y de su asociación con patologías que pueden acortar la vida, debe realizarse desde AP por su mayor cercanía al paciente.

Es necesaria la sensibilización y la toma de conciencia de la enfermedad por el médico de Atención Primaria.

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx 48

Efectividad de una intervención escolar, en la disminución de los gramos de azúcar consumido.

López García, Iria¹; Castillo Iglesias, Silvia¹.

1 EIR II AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE TEIS, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha disparado el consumo de alimentos procesados. Su exceso de azúcares añadidos supone un factor de riesgo de obesidad, diabetes, etc. Por ello, la OMS lanzó una recomendación de consumo diario de azúcares inferior al 10% de la ingesta calórica total. Las actividades educativas de apoyo a las escuelas por profesionales sanitarios es una de las estrategias encaminadas a disminuir la obesidad infantil en nuestro medio.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en escolares, para disminuir la ingesta de azúcar contenida en la merienda del colegio, evaluada por fotografía.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo randomizado por conglomerado (aula). Tuvo lugar entre estudiantes de Educación Primaria de dos colegios de Mos (Pontevedra).

La intervención consistió en una actividad grupal teórica-práctica de dos horas con los padres que aceptaron participar, impartida por dos enfermeras de atención primaria. Se envió la invitación y el consentimiento informado a los padres a través de la mochila de los niños.

Variables independientes: sexo, edad, aula, IMC. Variable de resultado: presencia de alimentos procesados en la merienda (sí/no) y gramos de azúcar calculado a partir de la etiqueta nutricional de dichos alimentos.

Herramienta: Se realizaron fotos del contenido de la merienda antes y después de la intervención y se cuantificó el azúcar por análisis de la etiqueta.

RESULTADOS

Participaron dos colegios públicos de Mos, con 2 aulas caso y 4 aulas control. El total de alumnos invitados a rellenar la encuesta fue de 150, pero solamente la entregaron 54 (27 casos y 27 controles). Se recogieron 77 fotografías (34 casos/ 43 controles). A la intervención asistieron 24 padres. Los grupos eran comparables al inicio del estudio.

Participaron 24 alumnas y 28 alumnos. La edad mediana de los participantes es de 9,00 años (RIC95%: 8-10). El IMC era 17,59 (RIC95%:15,98-19,00). El 72% tiene normopeso, 22% sobrepeso y el 6%

obesidad. Aproximadamente la mitad de las carteras llevaban alimentos procesados.

No observamos diferencias significativas en su número antes y después de la intervención en el análisis bivariante. Sin embargo, se consiguió disminuir los gramos totales de azúcar -2,56 (IC95%:-4,06--1,06) en el grupo de intervención y -0.68 (IC95%: -2,6 - +1,24) en el de no intervención (gráfico 1). Tras el análisis de la primera foto, el 30% lleva bocadillo, 26% dulces, 24,3% fruta y 19,7% lleva lácteos. Al comparar con la segunda foto, vemos como los dulces disminuyen al 18,8% y aumentan los bocadillos al 37.8%.

En el análisis multivariante con modelos mixtos multinivel, se probaron diversos modelos y se escogió el de menor AIC con p=0,045. Se observó la influencia de la intervención ajustada por gramos iniciales de azúcar. El efecto fue mayor en los que tenían más gramos al inicio. Los alumnos del grupo de intervención tenían 2,149 (IC95%:3,586-7,885) menos que en el control

CONCLUSIONES

Como en otros estudios, se muestra la efectividad de llevar a cabo una intervención educativa en el ámbito escolar, por parte de profesionales sanitarios, ya que mejora la calidad de los alimentos seleccionados. En relación con las recomendaciones de la OMS acerca del consumo de azúcar, vemos que es necesaria y factible la modificación de los hábitos alimenticios de la merienda de los escolares.

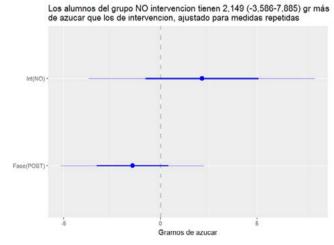


Gráfico 1. Modelo ajustado del efecto de la intervención

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 49

Intervención grupal en pacientes diabéticos tipo 2.

Piñeiro Cid, Sara¹.

1 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE DE CORUXO, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.

ANTECEDENTES

La diabetes (y en especial la tipo 2) es un probema de salud mundial de grandes dimensiones dada su alta prevalencia y sus complicaciones cardiovaculares, que se hallan directamente relacionadas con una elevada morbimortalidad. Se sabe que tanto la adquisición de conocimientos y constancia en los cuidados por parte de los enfermos así como la conciencia de enfermedad se relacionan con un buen control metabólico mejorando así sus consecuencias a corto y largo plazo.

Con motivo de todo lo anterior se inició en mi centro de salud una primera intervención grupal en pacientes diabéticos tipo 2 hace 2 años. Nos propusimos evaluar sus resultados a largo plazo y realizar una nueva edición dirigida a pacientes con peor control metabólico para focalizar la prevención en pacientes de mayor riesgo y con mayores posibilidades de cambiar sus hábitos mejorando su estilo de vida.

OBJETIVO

Nuestro objetivo será la evaluación de la efectividad de un programa de intervención educacional en pacientes con diabetes tipo 2 y de manera más específica un aumento en los conocimientos individuales sobre la enfermedad medidos mediante un test de evaluación y la reducción de los niveles de hemoglobina glicosilada.

MATERIAL Y MÉTODO

Para ello realizamos un estudio experimental con un grupo de intervención y uno control, desde Junio de 2017 a Abril de 2018. El tamaño inicial final fue de 27 pacientes escogidos aleatoriamente de

entre todos los pacientes autónomos y de edad igual o menor a 70 años con mal control metabólico (establecido como una Hb A1C de 7,5% o más).

La fase de intervención se realiza en los casos mediante 4 sesiones grupales de 2 horas basadas en los Mapas de conversaciones de Lylli.

Como medida de resultado se utiliza la Hb A1C. Como variables independientes, sexo, edadt, tiempo de evolución delDN, tratamiento antidiabétieco, y se valoran los conocimientos en diabetes mediante la escala ECODI ern el grupo de intervención.

RESULTADOS

Tres meses después de la intervención, se comparan los resultados de Hb A1C y ECODI obtenidos en ambos grupos. No se aprecia una reducción significativa del nivel de HbA1C significativa con respecto al grupo control por la prueva de Wilcoxon para medidas repetidas. Sin embargo sí se observa un aumento considerable del conocimiento en los casos con respecto al inicio de la intervención.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Llegados a este punto y teniendo en cuenta que los participantes son pacientes con al menos más de 5 años de evolución de la diabetes, habría que preguntarse que tipo de intervención sería beneficiosa en este tipo de pacientes: ¿refuerzo en consulta de forma rutinaria de los conocimientos adquiridos al inicio de la enfermedad? ¿realización de grupos de forma anual, de cara a reforzar conocimientos y compartir experiencias?¿enfoque exclusivo en el área nutricional? ¿relegar este tipo de intervención a los pacientes de reciente diagnóstico?

The ABCD assessment tool in COPD patients with GOLD 2017 and GOLD 2016 guidelines.

Ana Clavería Fontán¹; Susana Friande², Luz Abalde²; Miriela Hechevarria³; Teodora Dimcheva⁴, Antonio Negrete⁵; Eva Sánchez².

- 1 TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, EOXI VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN GALICIA-SUR. REDIAPP, 36201 VIGO, SPAIN.
- 2 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE DE TEIS, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 3 MIR IV AFYC CENTRO DE SAÚDE TABOADA LEAL, UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO.
- 4 MÉDICA DE FAMILIA, MEDICAL UNIVERSITY PLOVDIV, PLOVDIV, BULGARIA,
- 5 ENFERMERO. UNITAT DE SUPORT A LA RECERCA METROPOLINA NORD, IDIAP JORDI GOLL, MATARÓ.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Susana Friande. e-mail: susana.friande@gmail.com

1° PREMIO

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 50

BACKGROUD

Prognostic indexes such as ADO, BODEx and DOSE, could facilitate COPD risk stratification and clinical decision making. To undertake a comparative analysis among them, in the same patients and with common recruitment criteria, a European cohort in primary care (PROEPOC/COPD study) was initiated in 2015 with five years follow-up planned.

RESEARCH QUESTIONS

Following the ABCD assessment tool of COPD from GOLD guidelines 2016 and 2017, are there differences in patients classification?

METHOD

Design: Open and prospective cohort study in primary care.

Ssetting: 36 health centres in 6 European high, medium and low income countries.

Subjects: First 300 patients from PROEPC/COPD study, captured in clinical visit by their General Practitioner/Nurse. 477 expected at the end of recruitment.

Variables: Detailed patient history, exacerbations, lung function test and questionnaires (mMRC, CAT) at baseline.

Analysis: Descriptive analysis and bivariate analysis for the combined assessment of each GOLD version.

RESULTS

ABCD assessment tool based on the CAT score produced a higher pattern than the assessment based on mMRC score (GOLD 2017). The estimated proportion in GOLD 2 is 28.70 (95%CI: 23.08+35.07), in GOLD 3 is 33.33 (95%CI: 22.95-45.63) and in GOLD 4 is 62.50 (95%CI: 38.64-81.52). Assessment based on exacerbations produced a higher pattern than the assessment based on FEV 1 (GOLD 2016).

CONCLUSIONS

Combined GOLD assessment is confusing for COPD patients' classification and their therapeutic management in a primary care cohort. It is an on-going study. In the future, it will be possible to know mortality/morbidity prognosis with the different formulas.

POINTS FOR DISCUSSION

Is spirometry available in primary care?

Is the GOLD classification used in your practice?

Presentation: 21/10/17, 2:00 PM by Susana Friande. Abstracts / Programme Book of the 85th EGPRN Meeting, Dublin-Ireland, 19-22 October 2017

Actuación comunitaria en diabetes a través de interpretación teatral.

Duarte García, Lucía¹; Rodríguez Sánchez, Nadia¹; Nogueiras Santas, Concepción²; Muguerza Martínez, María José²; Suareza Gandara, Jesús³; Verges Bastida, Marco Antonio³; Cela Martínez, Beatriz³; López Bande, Josefa³; Leyenda Piay, Alicia³; Rial Rial, Albina³.

- 1 EIR II DE AFYC. CENTRO DE SAÚDE DE VAL MIÑOR, NIGRÁN. UNIDAD DOCENTE DE VIGO, VIGO .
- 2 ENFERMERA, CENTRO DE SAÚDE DE VAL MIÑOR, UNIDAD DOCENTE DE DE VIGO, VIGO
- 4 ACTOR. NIGRÁN. PONTEVEDRA

ACCESIT

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 51

JUSTIFICACIÓN

La educación grupal ha demostrado en diversos estudios lograr una mejor adherencia al tratamiento y control de la enfermedad entre los pacientes. El teatro como medio alternativo de comunicación ha tenido éxito en diferentes estudios: facilita el proceso de transferencia de conocimientos, pues los mensajes educativos llegan de forma más eficaz a las personas y facilitan su interiorización.

OBJETIVO

Comprobar la efectividad de una intervención con educación grupal, teatro y participación comunitaria en personas con diabetes tipo 1 y 2 medida por la modificación de A1C.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención ante-post. Ámbito: Atención primaria, centro de salud de Val Miñor. Pacientes: hombres y mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 1 o 2, atendidos en el centro de salud, captados en consulta y que aceptan participar. Herramientas: Cuestionario de conocimientos de elaboración propia. Cuestionario de actitudes y motivaciones DAS-3sp. Cuestionario de opinión del público que asiste a la representación. Variables del estudio: Demográficas (edad, sexo), adherencia al proyecto (medida por la asistencia a la formación teórica y a los ensayos), escalas DAS-3sp y encuesta público. Descripción de la intervención: Educación grupal con formación teórico-práctica y clases teatrales sobre la diabetes, representación teatral y debates comunitarios

RESULTADOS

La muestra inicial fue de 10 pacientes. Se produjeron 2 pérdidas por problemas familiares y laborales de reciente aparición, quedando al final 8 personas con edades comprendidas entre los 42 y 70 años, siendo el promedio de edad del grupo de 57,9 +-9,1, con predominio del sexo femenino respecto al masculino (75% frente 25%).

En la encuesta de conocimiento por paciente, se incrementó en el 38,64%. En el cuestionario DAS3, aunque las diferencias no fueron significativas, se observa una tendencia a la mayor puntuación en todas las subescalas en el cuestionario realizado al final de los ensayos, especialmente en la valoración del control estricto.

El estreno se realizó el 18 de diciembre de 2016 a las 20:00 horas en el auditorio del ayuntamiento de Nigrán. Se completó el aforo (248 plazas), habiendo, incluso, gente de pie. La obra se acompañó previamente de un coloquio en el que los espectadores tuvieron la oportunidad de expresas sus inquietudes. En el cuestionario de opinión del público, contestaron 85 asistentes. De ellos, el 100% valoraron que era entretenida, conocían a alguna persona diagnosticada de DM, y consideraban la experiencia de aplicación a otras patologías. Afirmaron haber aprendido el 92,0%, para el 97,7% fue una manera interesante de recibir información y la recomendaría el 85,1%.

Desde el inicio del proyecto se procuró difundir la iniciativa para darla a conocer en diferentes ámbitos científicos (XIX Jornadas REAP celebradas en Asturias) y sociales. A través de periódicos de carácter regional y autonómico, se promocionó el estreno de la obra de teatro y la experiencia del equipo, mostrando a la población que existen diferentes formas amenas y diferentes de aprender cosas nuevas. Aunque en un principio se barajó la posibilidad de hacer llegar la obra teatral a distintas asociaciones culturales y centros de salud de la zona, para facilitar la difusión de la actividad, se decidió realizar una grabación de la obra en formato película con este fin.

La Gota de Leche: salud pública, beneficencia e higiene infantil (Ourense-Galicia, 1912-1933).

David Simón-Lorda¹ y María Luisa Rúa Domínguez².

- 1 DOCTOR EN MEDICINA. FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE. SERGAS. OURENSE.
- 2 LICENCIADA EN CIENCIAS QUÍMICAS. FACULTATIVO ESPECIALISTA EN BIOQUÍMICA CLÍNICA/ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL ÁLVARO CUN-QUEIRO. SERGAS. VIGO

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: David Simón-Lorda. e-mail: dsimlor@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 52 - 56

RESUMEN

La Gota de Leche de Ourense fue la primera de estas instituciones que es abierta en Galicia. Lo hizo en abril de 1912 y a iniciativa del médico Lino Porto Porto. En la elaboración del trabajo se ha consultado documentación de archivos (archivos privados, archivo municipal de Ourense), complementado con búsqueda en prensa de la época (fondos en Biblioteca Pública de Ourense,) y consultas en Hemerotecas digitalizadas (Galiciana, Biblioteca Nacional, La Voz de Galicia, La Región...). Esta institución incorporaba el consejo maternal, cuidados del niño y la distribución de leche esterilizada. Funcionó entre 1912-1933 y supuso un importante esfuerzo de mejora de la atención a la salud infantil. El Dr. Porto desarrolló además una importante campaña de sensibilización en la prensa destinada a concienciar a la sociedad ourensana y gallega acerca de la lucha contra la mortalidad infantil y la necesidad de potenciar la puericultura y la salud materno-infantil.

Palabras clave: Gotas de Leche, mortalidad infantil, Galicia, instituciones sanitarias.

INTRODUCCIÓN A LA GOTA DE LECHE

El siglo XX se inicia en España con una mortalidad infantil por encima del 200 por mil en el conjunto nacional. En 1904 se promulga la Ley de Protección a la Infancia, inspirada por el Dr. Tolosa Latour, que tenía sus precedentes en la legislación europea.

Según De Arana (2015), las primeras Gotas de Leche y Consultorios para Lactantes se crean en Francia en la última década del siglo XIX. Desde este país se extendieron a Alemania, Gran Bretaña, Estados Unidos, y también a España, creándose las primeras en torno a 1903 según aporta Muñoz Pradas (2016). El despliegue de esta institución entre 1902 y 1935 involucró, al menos, a 79 localidades, mayoritariamente en capitales de provincia. Su objetivo era triple: vigilancia médica del crecimiento infantil, acción divulgadora de la higiene y suplemento de la alimentación de los niños en caso de ser necesario, estuviera el niño con lactancia natural, artificial o por medio de nodrizas. Además, en muchas provincias sirvieron para tejer el entramado de asistencia sanitaria infantil en la primera mitad del siglo XX como han estudiado autores varios.

La vigilancia médica también implicaba una atención a la detección precoz de enfermedad. Los principales recursos empleados eran la visita y pesado periódico de todos los niños menores de dos años, el consejo médico directo o, más adelante, las clases de maternología y el suministro de leche esterilizada. El suministro gratuito o muy barato de leche, desde la consideración de suplemento alimenticio, era utilizado, según Perdiguero y Bernabeu (1999), en parte para atraer a la población.

La estructura básica de "La Gota de leche - Consultorio de Lactantes" consistía en una sala de espera, cuarto de pesar los niños, sala de consulta y lugar para entrega de biberones, así como una sala de máquinas, en donde se esterilizaba y almacenaba la leche.

LA GOTA DE LECHE DE OURENSE (1912-1932) Y EL DOCTOR LINO PORTO

La primera Gota de Leche que comienza a funcionar en Galicia lo hizo en 1912 en Ourense. Hoy en día no tenemos fechas exactas acerca del año en que cesa en su actividad, pero podemos situarlo en torno a finales de 1932 o inicios de 1933.

Fue fundada gracias a la iniciativa y liderazgo del médico Lino Porto Porto, si bien en sus inicios contó con la colaboración del doctor José Eire Santalla.

Pese a su apertura oficial en 1912, lo cierto es que ya desde al menos un año antes venía funcionando en Ourense una Junta Patrocinadora o de Protección de La Gota de Leche, que trataban de conseguir que el "Consultorio gratuito para niños de pecho" que había abierto el Dr. Porto, y que al menos funcionaba ya en verano de 1910, se convirtiese en una Gota de Leche.

Es muy posible que esta iniciativa de Junta o Patronato surgiese tras el premio que recibe Lino Porto en marzo de 1911 por el Consejo Superior de Protección de la Infancia. Lino Porto había participado en el "Tercer Concurso Anual de Premios por actos de Protección a la Infancia", convocado por dicha institución en otoño de 1910. En este concurso, Lino Porto figura como director del Consultorio gratuito de Niños de Pecho. La dirección que figura en la solicitud del concurso es la calle Instituto (actual calle Lamas Carvajal) número 5 de Ourense. No descartamos que esta fuese la dirección particular del médico, aunque cabe la posibilidad de que el consultorio tuviese su sede allí...

La inauguración de La Gota de Leche de Ourense se produjo a primeros de abril de 1912, siendo muy destacada en la prensa local y gallega. Se celebró en el edificio del Círculo Católico de Obreros de Ourense, situado en la céntrica calle Vicente Pérez (hoy calle del Paseo), y la ceremonia recibió el apoyo del alcalde de Ourense y las autoridades civiles, eclesiásticas y militares.



Ilustración 1: Ilustración 1. Esterilización de la leche en la estufa Hignette, Gota de leche, Madrid, 1912. (tomada de Borrás Llop, p.220)

Se aprovechó el evento para repartir varios premios a las madres que venían asistiendo al "Consultorio gratuito para las madres". También destaca la prensa de la época que se habían repartido entre los niños pobres un buen número de biberones con leche esterilizada.

El alma mater de "La Gota de Leche" fue el Dr. Lino Porto Porto. Este médico, que fallece en Ourense en 1931, comienza a trabajar como médico Interino del Hospital Provincial de As Mercedes (Ourense) desde 1896, y fue también médico de la Inclusa (hasta 1912). En 1899 abre un Sanatorio Quirúrgico juntamente con el Dr. Francisco José Rionegro, que fue el médico director de la sanidad municipal en los años 20. En este establecimiento quirúrgico, además de la cirugía, comienzan a dispensar vacuna antirrábica, y asimismo ambos fueron pioneros en la ciudad en ofertar servicios de rayos X. El Dr. Rionegro lo hace en 1901, y el doctor Lino Porto lo hará al año siguiente.

A raíz de un accidente o enfermedad en el que pierde un brazo, posiblemente en la primavera de 1907, el Dr. Lino Porto decide reorientar su vocación asistencial dedicando sus esfuerzos a la Pediatría y a la "Gota de Leche". Usaba un brazo ortopédico muy moderno para la época (dicha prótesis fue conservada durante años por su nieto, el pintor ourensano Xaime Quesada Porto "Xaime Quessada").

El Dr. José Eire Santalla, ayudó a Lino Porto en los primeros momentos de "La Gota de Leche".

Pero no solo consultaron allí estos médicos, sino que el doctor Porto consigue la colaboración de otros médicos como el oftalmólogo Fernández Alonso, el cual accede a consultar gratuitamente con los niños pobres de la Gota de leche en marzo de 1917.

Lino Porto desarrolló entre 1913-1923 una intensa actividad clínica, social y periodística de cara a movilizar y concienciar a la sociedad ourensana sobre la necesidad de apoyar económicamente a "La Gota de Leche" y a la Inclusa.

En 1913 publica "El libro de las madres: cuidados que requiere el niño, desde el nacimiento, hasta el destete", editado en Ourense en la Imprenta La Editorial. Es un libro de 23 páginas, y que debió ser o la base de partida o la recopilación de los diversos artículos de divulgación en la prensa que publica en 1913. En ellos siempre daba a conocer la actividad de La Gota de Leche en Ourense y la importancia que tenían las Gotas de leche en la lucha contra la mortalidad infantil y para la prevención contra la tuberculosis....

Así, escribe en El Correo gallego y El Correo de Galicia varios artículos divulgativos instructivos para las madres en 1913. En su artículo "La lactancia materna" en El Correo Gallego en julio de 1913 expone claramente sus criterios acerca de cómo disminuir la mortalidad infantil: 1)" propaganda de la higiene infantil"; 2) "fundación de consultorios gratuitos de niños de pecho, Gotas de Leche, Mutualidades maternales, Damas Visitadoras y demás instituciones que instruyen a las madres en la crianza de sus hijos y las socorren en sus necesidades"; 3) "escrupulosa vigilancia de las leches que se venden en los mercados".

Otros similares fueron: "Conocimientos útiles: algo sobre las leches" (El Correo gallego, 3 de julio de 1913), "Para las madres" (El Correo de Galicia, 22 de octubre de 1913), "A las madres", 11 de diciembre de 1913, "Para las madres" (El Correo de Galicia, 28 de noviembre de 1913) ...

En este último trabajo, el doctor Porto indica que se había ofrecido a la Diputación para esterilizar gratuitamente toda la leche que consumían los niños de la Inclusa de Ourense, pero que nunca habían contestado a sus oficios.



2.1. La Gota de Leche: actividad y problemas de financiación

Hoy en día no hemos encontrado fuentes documentales que nos permitan dar cuenta de la actividad mantenida por la Gota de Leche ourensana, pero algunos anuncios y artículos de prensa nos permiten reconstruir la actividad asistencial y las cuentas económicas de funcionamiento del dispositivo.

Así en mayo de 1922, la Gota de Leche publica en el diario local "La Región" un cuadro explicativo en el cual rinden cuentas de su actividad económica y datos asistenciales desde abril de 1921 a abril de 1922. De este cuadro podemos extraer que la Gota de Leche estaba sostenida por donativos de socios, particulares, suscripciones y también por el Ayuntamiento, por la Junta de Protección a la Infancia y donaciones del gobierno civil (así lo destaca el diario local La Zarpa). Estos dos organismos suponían un 20-25% de los ingresos del presupuesto anual (éste era de 3158 pesetas).

Según la Gota de Leche de Ourense, en ese año de abril de 1921 a abril de 1922, los datos asistenciales fueron:

- Niños pobres sostenidos por la Gota de leche: 32
- Madres que asistieron con sus hijos: 116
- Pesadas que precisaron los niños asistentes5568
- Fallecidos: 3 (2 por tuberculosis y 1 por atrepsia congénita).
- Mortalidad: 2,58%.

2.2. De la Gota de Leche al Servicio de Higiene Infantil del Instituto Provincial de Higiene

"La Gota de Leche" de Ourense fue subvencionada por el Ayuntamiento como ya hemos visto, pero también intervinieron a lo largo de los años, no de manera constante, tanto el gobierno central (subvención de 5.000 pesetas en 1923) como la Diputación, ambos hasta los años 30, momento en el cual se producen dos circunstancias.

La primera, el fallecimiento de Lino Porto en febrero de 1931, circunstancia que obligó a que su hija Teresa Porto de Quesada pasase a sustituir a su padre al frente de la iniciativa. "La Gota de Leche" sigue también recibiendo apoyos hasta al menos finales del año 1932. En octubre de 1932 la Junta Provincial de Protección a la Infancia del Gobierno Civil de Ourense, decide apoyar a la Gota de Leche hasta el momento en que se iniciase la actividad de la Sección de Puericultura en el Instituto Provincial de Higiene, que tenía en proyecto abrirse en breve. La "Gota de Leche" de la familia Porto aún tuvo un último gesto altruista pues donaron en octubre de 1932 todo el material y la esterilizadora de leche a la nueva "Gota de Leche" que dependería ya desde ese momento del Instituto Provincial de Higiene.

Desde junio de 1933 comienza a funciona en el nuevo Instituto Provincial de Higiene un Servicio de Higiene Infantil, que dedicara su labor preventiva y asistencial a la lucha contra la mortalidad infantil. Su primer jefe de servicio fue el doctor Leoncio Areal Herrera. La actividad de La Gota de Leche será asumida por este servicio provincial de Higiene Infantil, en su sección de Puericultura y Gota de leche.

Está por escribir la historia ourensana de este Instituto Provincial de Higiene y de algunos de sus directores (destacar la labor de José Luis García Boente, Julio Freijanes Malingre ... y ya más tardíamente Luis Rodríguez Míguez...). Una tarea difícil porque muchos de sus fondos de archivo se han destruido o han desaparecido.

A MODO DE CONCLUSIONES

El período de entre siglos (S.XIX-XX) y primer tercio del siglo XX albergará la apertura en Ourense de una serie de iniciativas e instituciones que supusieron un salto cualitativo y cuantitativo en la mejora de la mortalidad infantil, la higiene pública y modernización de los Servicios de Beneficencia y Sanidad Municipal.

Entre ellos hay que destacar la iniciativa benéfico-caritativa llamada "La Gota de Leche", pionera en Galicia y que tendrá actividad entre 1912 y

1932, liderada por el doctor Lino Porto. Este galeno desarrolló además una importante campaña de sensibilización en la prensa destinada a concienciar a la sociedad ourensana y gallega acerca de la lucha contra la mortalidad infantil y la necesidad de potenciar la puericultura y la salud materno-infantil.



Ilustración 3: Dr.Lino Porto (segundo por la izda.) y su familia (hija Teresa), ¿hacia 1930? (Foto facilitada por Dr. Antonio Quesada)

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES:

Archivo Particular Familia Quesada.

- Documentación sobre Gota de Leche de Ourense. Oficio de Gobierno Civil. 1932.
- 2. Fotografía de Lino Porto Porto, ¿año 1930?

Archivo Municipal de Ourense.

3. Caja 78. Beneficencia. AMOU.

Prensa de Galicia.

- 4. La Correspondencia Gallega: diario de Pontevedra, Año X, Número 2514, 23 de mayo de 1898.
- 5. El regional: diario de Lugo, Núm. 10430,1 de octubre de 1899.
- 6. El Eco de Orense, 26 de octubre de 1900.
- 7. El regional: diario de Lugo, Núm. 6881, 11 diciembre de 1902.
- La Correspondencia Gallega: diario de Pontevedra, Año XIX, Número 5191, 31 de mayo de 1907.
- La Correspondencia Gallega: diario de Pontevedra, Año XX, Número 5382, 18 de enero de 1908.
- El Diario de Pontevedra: periódico liberal, Año XXV, Número 7393, 26 de diciembre de 1908.
- 11. El Progreso: semanario independiente, Año III, Número 72 ,31 de enero de 1909.
- 12. Gaceta de Galicia, Núm. 156, 20 de julio de 1909.
- 13. El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XXXII Número 10458, 17 de julio de 1909.
- La Correspondencia Gallega: diario de Pontevedra, Año XXIII, Número 6303,1 de marzo de 1911.

- La Correspondencia Gallega, Año XXIII, Número 6398, 24 de junio de 1911.
- 16. La Voz de Galicia, 9 de abril de 1912.
- 17. El Progreso, Año VII, Número 98, 15 de abril de 1913.
- El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XXXVI, Número 11697, 11 de julio de 1913.
- 19. El Correo de Galicia, 11 de diciembre de 1913.
- 20. El Correo de Galicia: Diario independiente de avisos y noticias, 28 de noviembre de 1913.
- 21. La Idea Moderna, 4 de junio de 1914.
- El Diario de Pontevedra: periódico liberal, Año XXXII Número 9284
 10 de abril de 1915.
- 23. El Diario de Pontevedra: periódico liberal, Año XXXII, Número 9416, 15 de septiembre de 1915.
- 24. La Región, 11 de julio de 1917.
- 25. El Orzán: diario independiente, Año I, Número 252 ,30 de octubre de 1918.
- Vida Gallega: ilustración regional, Año XI, Volumen VII, Número 126, 30 de mayo de 1919.
- 27. El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XLIV, Número 15650, 21 de octubre de 1921.
- 28. La Integridad: diario católico, Núm. 9691, 5 de agosto de 1922.
- 29. La Zarpa: diario de los agrarios gallegos, Año II Núm. 319, 6 de agosto de 1922
- 30. La Región, 17 de mayo de 1922.
- 31. La Región, 14 de julio de 1922.
- 32. El Progreso: diario liberal, Año XVI, Número 4800, 24 de julio de 1923.
- 33. El Pueblo Gallego: diario de la mañana, al servicio de los intereses de Galicia, 30 de noviembre de 1924.
- 34. El Regional, núm. 14326, 28 de noviembre de 1924.
- 35. El Compostelano, 2 de noviembre de 1926.
- 36. El Eco de Santiago, 9 de septiembre de 1927.
- 37. Galicia (Orense), 15 de junio de 1933.

Bibliografía Secundaria

- 38. Areal Herrera, L. (1936): "Problemas que plantea la lucha contra la mortalidad infantil en Orense". En W.AA: Jornadas Médicas Galaico Portuguesas de Orense. Septiembre 1935, Orense: Impr. La Industrial.
- Borrás Llop, J.M. (Coord.) (1996): Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936, Madrid: Ministerio de Trabajo e inmigración, Subdirección General de Publicaciones: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- 40. De Arana Amurrio, J.I. (2015): "Estado de la lactancia y la atención de Puericultura antes del nacimiento de las Gotas de Leche y Consultorios", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española, n.º 8, 4-8.

- 41. De Arana Amurrio, J.I. (2015b): "Creación y funcionamiento de la Gota de Madrid", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española, n° 8 14-17
- De La Iglesia, S. (1909): "Los niños de pecho, su salud y su mortalidad en A Coruña", El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XXXII Número 10458, 17 de julio de 1909
- 43. Fernández Menéndez, J.M. (2015): "El infatigable luchador Dr. Avelino González y sus Gotas de Leche de Gijón", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española, n.º 8,23-27.
- 44. Fernández Teijeiro, J.J. (2015):" El Dr. Pereda Elordi y la Gota de Leche en Santander: una memoria y un olvido", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española, n.º 8, 28-32.
- 45. Gorrotxategi Gorrotxategi, P. (2015): "La Gota de Leche de San Sebastián", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española, n.º 8, 18-22.
- 46. Gorrotxategi Gorrotxategi, P. (2015b): "Procedimientos de tratamiento y "maternalización" de la leche", Cuadernos de Historia de la Pediatría Española n.º 8,9-13.
- 47. Millán Suárez, J.E. (2001): Historia de la Radiología en Galicia. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina. Tesis doctoral.
- Muñoz Pradas, F. (2010): "Milk depots and the historical infant mortality decline in Spain (1890-1936)". European Population Conference, Vienna, Austria 1-4 september 2010. Conference paper.
- 49. Muñoz Pradas, F. (2016): "La implantación de las Gotas de Leche en España (1902-1935): un estudio a partir de la prensa histórica", Asclepio, 68 (1), enero-junio 2016, p131
- Perdiguero, E.; Bernabeu Mestre, J. y Robles González, E. (1994):
 "La Salud Pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936)", DYNAMIS, Vol. 14, 1994, pp. 43-75.
- Perdiguero, E.; Bernabeu-Mestre, J. (1999): "La Gota de Leche de Alicante (1925-1940)", en Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (Ed): Beneficència i Sanitat en els municipis valencians. Seminari d'Estudis sobre Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat, Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics. Alcoi. Pp. 291-310.
- 52. Porto Porto, L. (1913): El libro de las madres: cuidados que requiere el niño, desde el nacimiento, hasta el destete, Orense: Imp. La Editorial, 1913. 23 p., 4 h.
- 53. Porto Porto, L. "Conocimientos útiles: algo sobre las leches", El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XXXVI, Número 11689, 3 de julio de 1913.
- 54. Porto Porto, L. (1913): "La lactancia materna", El Correo gallego: diario político de la mañana, Año XXXVI, Número 11697, 11 de julio de 1913.
- Porto Porto, L. (1913): "Para las madres", El Correo de Galicia: Diario independiente de avisos y noticias, 28 de noviembre de 1913.
- Porto Porto, L. (1913): "A las madres", El Correo de Galicia, 11 de diciembre de 1913.
- 57. Porto Porto, L. (1917): "La Diputación y los niños de la Inclusa. Una carta", La Región, junio de 1917.



- 58. Porto Porto, L. (1917): "Los niños de la Inclusa y la Diputación", La Región, 11 de julio de 1917.
- 59. Porto Porto, L. (1922):" La Puericultura, la pretuberculosis y la "Gota de Leche"", La Región, 11 de julio de 1922.
- 60. Quesada Porto, X. (2006): "La mano ortopédica de mi abuelo", La Región, 8 de febrero de 2006.
- 61. Reporter (1933): "El Instituto Provincial de Higiene", Galicia (Orense), 15 de junio de 1933, p.7.
- 62. Simón Lorda, D.; Rúa Domínguez, M.L. (2007): "El laboratorio municipal de Ourense (1910-1930): Historia y Antecedentes". En Campos, R.; Montiel, L.; HUERTAS, R. (coord.) (2007): Medicina, ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI), Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p.569-578.
- 63. Simón Lorda, D.; Rúa Dominguez, M.L. (2015): Viruela, vacunas y sociedad: Ourense, 1805-1929. Ourense: Deputación Provincial de Ourense.
- 64. Usandizaga Beguiristain, J.A.; Gómez Navarro, G. (2007): Historia de la Obstetricia y Ginecología Española. Madrid: Habe Editores.

Reflexiones sobre la evaluación del clima organizacional en hospitales escuela y unidades de Medicina Familiar en América Latina.

Alain Raimundo Rodríguez Orozco¹.

1 DOCTOR EN CIENCIAS. PROFESOR-INVESTIGADOR TITULAR. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO. PROFESOR Y ASESOR EN EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rodríguez Orozco, Alain Raimundo. e-mail: rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 57 - 58

RESUMEN

Es necesario diseñar y validar continuamente instrumentos para evaluar el clima organizacional en las escuelas latinoamericanas de medicina usando dimensiones que contribuyan a dar respuesta a problemas organizacionales específicos. La exploración de los ambientes clínicos de aprendizaje permite evaluar aspectos del clima organizacional del hospital escuela y la unidad docente de Medicina Familiar y también las condiciones laborales en las que se despliega la actividad docente.

Palabras clave: clima organizacional, ambientes clínicos de aprendizaje, hospital-escuela, Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN

El clima organizacional se ha interpretado como el ambiente emocional preponderantemente y por extensión también mental generado tanto por los individuos de una organización (individual) como el resultante en la organización (colectivo) a partir de la interacción entre sus miembros.

Trasladar los criterios con los que se ha medido el clima organizacional en la empresa al hospital-escuela latinoamericano o a la unidad de Medicina Familiar ha sido una práctica con frecuencia desafortunada. En Latinoamérica se ha buscado el aumento de la productividad del trabajo de los médicos con medidas como recortes en los tiempos promedio de consultas para incrementar el número de estas, no habilitación de plazas para enfrentar el incremento de la población derechohabiente y para cubrir las necesidades de atención médica de aquella población que estaba a cargo de médicos recién jubilados, menores montos para la inversión en capacitación, saturación de programas en la atención primaria para restringir la remisión a niveles secundario y terciario de atención médica y múltiples controles sobre la calidad de la atención que inflan las estadísticas con nuevas mediciones que rara vez conducen a medidas realmente efectivas. El resultado es conocido, mayor inconformidad de los usuarios del hospital escuela o de la unidad de Medicina Familiar.

Este ensayo se hizo con el objetivo de mencionar algunos instrumentos usados para evaluar el clima organizacional en los hospitales escuela y unidades de Medicina Familiar y comentar la necesidad de incorporar, en el diseño de estos instrumentos, aquellas dimensiones adecuadas para medir las necesidades sanitarias y de aprendizaje. Se presenta el caso de la evaluación de los ambientes clínicos de aprendizaje como estrategia de sondeo del clima organizacional en una unidad de Medicina Familiar formadora de especialistas con la ayuda de un instrumento diseñado en la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la evaluación del clima organizacional en la escuela se ha estimado la contribución de distintos factores, entre ellos el ambiente físico, estructura, ambiente social, características personales de los miembros y comportamiento organizacional que incluye productividad, satisfacción laboral y estrés¹.

En Latinoamérica se han diseñado y validado varios cuestionarios para medir el clima organizacional en hospitales. En uno de estos estudios se incluyeron como dimensiones del clima organizacional: estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez, apoyo, administración del conflicto, identidad, estilo de supervisión, motivación laboral, oportunidad de desarrollo, comunicación y equipos y distribución de personas y materiales. Luego de aplicar a 561 trabajadores un cuestionario integrado por 71 variables distribuidas en 14 dimensiones, identidad, motivación laboral y responsabilidad fueron las categorías que mostraron mayores valores de impacto cuando se analizó el valor promedio estandarizado². En otro estudio las dimensiones para evaluar el clima organizacional fueron: liderazgo, motivación, reciprocidad, participación y comunicación y dentro de cada dimensión se propusieron varias categorías³. La misma autora dirigió la validación de un instrumento para evaluar el clima organizacional en las instituciones cubanas de salud (ECOS-S) cuyas siglas representan "Evaluación del clima organizacional en salud-Segredo) y que se ha aplicado en facultades de medicina y hospitales escuela. Este contiene 10 categorías agrupadas en 3 dimensiones: comportamiento organizacional (con las categorías motivación, comunicación y relaciones interpersonales y de trabajo), estilo de dirección (con las categorías liderazgo, participación, solución de conflictos y y trabajo en equipo) y estructura organizacional, con las categorías funcionamiento, condiciones de trabajo, y estímulo al desarrollo organizacional⁴.

Un reciente estudio exploró 83 investigaciones teóricas y empíricas provenientes de Latinoamérica y planteó un modelo teórico relacional que revela la interacción entre el clima organizacional y la calidad de los servicios públicos de salud. Se concluyó que es necesario implementar estudios empíricos que permitan evaluar este modelo teórico que incluyó como dimensiones, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez, apoyo, normas, conflicto e identidad⁵.

Otro intento en Latinoamérica para evaluar el clima organizacional en una escuela de medicina permitió evaluar los siguientes factores: motivación, recompensa, relaciones interpersonales, comunicación, materiales y equipos, liderazgo e imparcialidad⁶.



Son el hospital escuela y la unidad de Medicina Familiar las instituciones en las que habitualmente los médicos reciben formación en competencias clínicas. Un compromiso social de esta envergadura exige la actualización continua del personal que trabaja en tales instituciones de salud y el sometimiento de estas a rigurosos procedimientos internacionales de acreditación y certificación. Es deseable que cada hospital escuela y unidad de Medicina Familiar se someta cada cierto tiempo a procedimientos de autoevaluación que permitan establecer procesos de automejora, como se propone en los Estándares Globales de la Federación Mundial para la Educación Médica para la acreditación de la formación médica de grado, 20067.

En varios departamentos de docencia médica de posgrado se tiene una vasta experiencia con el uso de varios instrumentos internacionales para evaluar las condiciones que brinda la institución como escenario de acciones de docencia médica de posgrado. Pueden mencionarse el Postgraduate Hospital Educational Environment Measure que hace hincapié en las percepciones de autonomía, apoyo social y enseñanza y el Dutch Residency Educational Climate Test que permite explorar si se establecen las condiciones ideales para el aprendizaje de los especialistas en formación cuando se integran trabajo y entrenamiento, a la vez que permite explorar también el ajuste de las necesidades personales y de aprendizaje del residente a los entornos laborales⁷.

Recientemente profesores de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) diseñaron un instrumento para evaluar los ambientes clínicos de aprendizaje en alumnos de especialidades médicas y que a diferencia de los anteriores consideró las costumbres y normas de las residencias médicas en México, las condiciones de trabajo y las necesidades académicas de las instituciones mexicanas formadoras de médicos especialistas. El cuestionario quedó integrado por 9 preguntas para conocer datos personales y trayectoria académica y 28 preguntas formuladas en correspondencia con cuatro dimensiones: relaciones interpersonales con 6 reactivos, programa educativo y su implementación con 9 reactivos, cultura institucional con 6 reactivos y dinámica del servicio con 7 reactivos8. El instrumento mostró un alpha de Cronbach global de 0.96 y se recomendó su uso en población mexicana de habla castellana. Cuando empleamos este instrumento para evaluar los ambientes clínicos de aprendizaje en una unidad de Medicina Familiar se encontró que resultó también muy útil también para caracterizar aspectos del clima organizacional que están muy relacionados con los ambientes de aprendizaje de nuestros residentes⁹. Así, por ejemplo, permitió demostrar que los residentes del último año de Medicina Familiar tienen mejor percepción de las relaciones interpersonales, del programa educativo y de la implementación de este, también de la cultura institucional y de la dinámica del servicio que sus compañeros de años anteriores de la residencia y que no hubo asociación entre frecuencia de estilos de aprendizaje de los residentes y año académico de la residencia. Entonces fue posible proponer un grupo de medidas para obtener mejoras tanto en la calidad educativa como en aspectos del clima organizacional en la unidad de Medicina Familiar.

CONCLUSIONES

La evaluación de la atmósfera organizacional del hospital escuela o la unidad de Medicina Familiar formadora de especialistas es recomendable que integre tanto aspectos relativos al aprendizaje de los residentes como aquellos dependientes del clima organizacional con énfasis en el análisis de las interacciones entre los miembros de la institución y su impacto en la obtención de las metas institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rivera, Mailing. El clima organizacional de unidades educativas y la puesta en marcha de la reforma educativa. Tesis para obtener el grado de magister en educación con mención en gestión educacional. Universidad de Antofagasta, Chile, 2000 [Citado 2016, Julio 20] Disponible en: http://www2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/CLIMA%20ORGANIZACIONAL%20EN%20UNIDADES%20EDUCATIVAS.pdf.
- Bustamante-Ubilla, Miguel Alejandro; Grandón-Avendaño, Maderline Lissette; Lapo-Maza, María del Carmen. Caracterización del clima organizacional en hospitales de alta complejidad en Chile. Estudios gerenciales. 2015; 31(137):432-440.
- Segredo Pérez, Alina María. Propuesta de instrumento para el estudio del clima organizacional. CCM [Internet]. 2013 Sep [citado 2018, Junio 25]; 17(3): 344-352. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$1560-43812013000300011&Ing=es.
- Segredo Pérez, Alina María. Instrumento para la evaluación del clima organizacional en salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Jun 25]; 43(1): 57-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100006&Ing=es.
- Bernal, Idolina; Pedraza, Norma Angélica; Sánchez, Mónica Lorena. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios gerenciales, 2015; 31(134): 8-19
- Sánchez D, Ignacio, Airola G, Gregorio, Cayazzo A, Tatiana, Pedrals G, Nuria, Rodríguez M, Magdalena, & Villarroel D, Luis. Clima laboral en una escuela de medicina. Estudio de seguimiento. Revista Médica de Chile. 2009; 137(11): 1427-1436.
- 7. Villanueva, Cynthia Getsamani. Percepción del ambiente clínico de aprendizaje por residentes de medicina familiar y su relación con estilos de aprendizaje. Tesis para alcanzar el grado de Especialista en Medicina Familiar. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr Ignacio Chávez". Universidad San Nicolás de Hidalgo, 2015, México.
- Hamui- Sutton Alicia, Anzarut- Chacalo Michelle, De la Cruz-Flores Gabriela, Ramírez de la Roche Omar Fernando, Lavalle-Montalvo Carlos, Vilar-Puig Pelayo. Construcción y Validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de aprendizaje en las especialidades médicas. Gaceta Médica de México. 2013; 149: 394-405.
- Villanueva-González, C.G.; Vyeira López, M.E.; Gómez Alonso, C.; Rodríguez-Orozco AR. Ambientes clínicos de aprendizaje y estilos de aprendizaje en residentes de Medicina Familiar. Estudio preliminar. Cadernos de Atención Primaria. 2017; 23 (2):5-9

Estado nutricional en pacientes que reciben quimioterapia en un hospital de Morelia, México.

Laura Patricia Gutiérrez Ortiz¹; Juan Carlos de la Cruz Castillo Pineda²; Benigno Figueroa Núñez³; Carlos Gómez Alonso⁴; Javier Ruiz García¹; María Teresa Zaragoza Punzo¹ y Alain R. Rodríguez-Orozco⁵.

- 1 MÉDICO FAMILIAR. MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO
- 2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO
- 3 MAESTRO EN CIENCIAS. MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
- 4 MATEMÁTICO. CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS DE MICHOACÁN. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
- 5 DOCTOR EN CIENCIAS. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alain Rodríguez Orozco. e-mail: rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 59 - 60

INTRODUCCIÓN

SR EDITOR. La malnutrición en los pacientes con neoplasias está asociada a pérdida de peso y depleción de proteínas somáticas y viscerales lo cual conduce a cambios estructurales y en el funcionamiento de los órganos. Hace más de tres décadas se ha establecido que el inicio de la quimioterapia en pacientes malnutridos resulta en un peor pronóstico para estos respecto los pacientes que la inician con un buen estado nutricional.¹

Entre los factores de riesgo para malnutrición en los enfermos con cáncer, se encuentran algunos que pueden ser detectados y tratados en la atención primaria como la depresión, la ansiedad, el dolor crónico, la angustia ante el pronóstico, la sensación de abandono familiar y de minusvalía, la creencia de que representa una carga para la familia y el seguimiento de consejos nutricionales inadecuados. Entonces el consejo profesional en la atención primaria debe ir encaminado a reconocer el impacto que estos factores tienen sobre el enfermo y a ofrecer un nueva interpretación de la enfermedad hasta conseguir disminuir la ansiedad del enfermo y establecer la confianza en el equipo de salud.

El acompañamiento y apoyo emocional que puede brindar el médico familiar aun cuando el paciente con cáncer sea incorporado a tratamiento hospitalario suelen ser jamás olvidados por el paciente y su familia. Este recurso ha sido insuficientemente aprovechado en la atención primaria.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el estado nutricional de un grupo de pacientes con diagnósticos de neoplasias sometidos a quimioterapia en un hospital regional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se diseñó un estudio transversal en el que se consideraron para inclusión a los pacientes mayores de 17 años de edad con diagnóstico confirmado de cáncer y que recibían quimioterapia en el Hospital Regional No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, México en Octubre y Noviembre del año 2006, que no tuvieran otras enfermedades crónicas excepto hipertensión controlada y que hubieran aceptado participar tras la firma del consentimiento informado. Partiendo de un total de 136, se incluyeron 111, el resto no cumplió los criterios de inclusión.

El promedio de edad fue de 49.3 ± 15.0 años. El 32.4% fueron hombres y el 67.6% mujeres. La escolaridad encontrada en la población estudiada fue sin primaria terminada el 14.4%, primaria 31.6%, secundaria 19.8%, bachillerato 17.1% y profesional el 17.1%. Más de la mitad de los pacientes se dedicaban al hogar, eran obreros o desempleados. Por

frecuencia de tumores malignos se encontraron ginecológicos 56%, hematológicos 26%, 10% aparato digestivo, 5% partes blandas, 2% células germinales y 1% tórax y mediastino.

El promedio de peso habitual de los pacientes, antes de comenzar la quimioterapia fue de 71.33 \pm 15.09 y el peso concluida la quimioterapia fue de 66.19 \pm 15.87. Cuando se contrastaron diferencias con t de Student se encontró una diferencias de promedios promedios de -5.13 (t=-6.264; p<0.0001).

La Evaluación Nutricional Global Subjetiva (ENGS)² mostró que 39% padecía obesidad, 32% estaban bien nutridos y 29 % tenían desnutrición moderada a severa. Según el índice de masa corporal (IMC) se clasificaron como sigue IMC < 18.5 (11.71%), de 18.6 a 25 (36.04%), de 25.6 a 30 (24.32%) y >30 (27.93%).

Ni los niveles bajos de albúmina ni la disminución del conteo total de leucocitos se asociaron a desnutrición, sin embargo encontrar niveles de colesterol sérico inferiores a 130 mg/dl fue más frecuente en el grupo con desnutrición, (p<0.001) que en el grupo de pacientes con obesidad y bien nutridos. Es conocido que los niveles bajos de albúmina se relacionan con aspectos como la respuesta deficiente a quimioterapia y con reacciones adversas por esta 3 y que el bajo conteo de linfocitos puede atribuirse a la quimioterapia, lo cual no sucedió en este estudio. Para explicar estos hallazgos vale la pena investigar en estudios posteriores la contribución de otras variables como tipo de tumor, tiempo y combinación de la quimioterapia, uso de suplementos alimentarios y de inmunomoduladores como factores estimulantes de colonias de granulocitos y macrófagos en estos pacientes. Sin embargo se encontró que en desnutridos los niveles séricos bajos de colesterol fueron frecuentes. Aunque no está claro si bajos niveles de colesterol conducen a un riesgo elevado de cáncer y en este estudio no se conoce si la hipocolesterolemia precedió a la quimioterapia o al diagnóstico de la enfermedad neoplásica, se ha apuntado que puede existir una asociación entre ambas variables.4

El bajo índice de desnutrición reportado en este trabajo está en relación con la baja frecuencia de neoplasias como las del aparato digestivo, en las que la pérdida de peso suele ser más severa que en pacientes con malignidades hematológicas y ginecológicas las cuales fueron padecidas por el 82% de los pacientes incluidos. Entre las mujeres con neoplasias ginecológicas se identificó la mayor cifra de adultos obesos y con sobrepeso, lo cual es un factor de riesgo para algunas de estas enfermedades. En estudios posteriores consideraremos la variabilidad en el estado nutricional de este grupo en relación con la respuesta a la quimioterapia.

Los pacientes desnutridos presentaron mayor frecuencia de efectos adversos a la quimioterapia que los bien nutridos y obesos y por tanto menor tolerancia a la terapia antineoplásica (p=0.002). En estos fue más frecuente la debilidad muscular y la intensidad de la astenia. Estos hallazgos fueron esperados. Se ha referido que el síndrome de caquexia asociado al cáncer puede afectar del 50 al 80 % de los pacientes con cáncer y está relacionado con el 20% de las muertes y este incluye sarcopenia es su fenotipo más frecuente⁵. La malnutrición, la pérdida de peso y la debilidad muscular son frecuentes en pacientes con cáncer y la pérdida de masa muscular se ha relacionado con menor sobrevida en pacientes que reciben quimioterapia 6 y también con mayor número de efectos adversos a esta, en parte porque muchas proteínas son importantes componentes estructurales y/o están asociadas a la respuesta a fármacos.

La evaluación del estado nutricional antes y después de la quimioterapia es importante para establecer en forma temprana un grupo de medidas que coadyuven al éxito de la quimioterapia. Debe investigarse el papel de la hipocolesterolemia en estos pacientes y su contribución como marcador asociado a desnutrición a través de un estudio más amplio del metabolismo lipídico.

Deben estudiarse los factores de riesgo para malnutrición y evaluar el estado nutricional en el paciente con cáncer en la atención primaria. Estos repercuten en el éxito de la quimioterapia. Un acercamiento del médico de primer contacto al enfermo y a su familia puede propiciar la detección de estos factores de riesgo y facilitar el ofrecer consejo para su modificación.

Conflicto de intereses. Ninguno que declarar.

El proyecto fue aprobado por el comité local de investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con registro CLIS: 2007.1602.006, el cual revisó el cumplimiento de las normativas éticas en acuerdo con la convención de Helsinki y la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

REFERENCIAS

- van Eys J. Effect of nutritional status on responses to therapy. Cancer Res. 1982;42(2 Suppl):747s-753s.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjetive global assessment of nutritional status? JPEN 1987; 11(1):8-13.
- Deme D, Telekes A. Prognostic importance of albumin in oncology. Orv Hetil. 2018 Jan;159(3):96-106. doi: 10.1556/650.2018.30885.
- American College of Cardiology.(Marzo 25, 2012). Low LDL colesterol is related to cáncer risk. Disponible en http://www.acc.org/about-acc/press-releases/2012/03/25/15/15/ldl_cancer. Consultado, 28 de Enero del 2018.
- Ryan AM, Power DG, Daly L, Cushen SJ, Ní Bhuachalla Ē, Prado CM. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. Proc Nutr Soc. 2016 May;75(2):199-211. doi: 10.1017/S002966511500419X.
- Daly LE, Ní Bhuachalla ÉB, Power DG, Cushen SJ, James K, Ryan AM. Loss of skeletal muscle during systemic chemotherapy is prognostic of poor survival in patients with foregut cancer. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2018 Jan 9. doi: 10.1002/jcsm.12267.

Revisando la actuación ante una emergencia en un centro urbano.

Néstor J. Sánchez Sánchez¹; Mercedes A. Hernández Gómez²; Adalid Maldonado Díaz³; Francisco José Fernández Escamilla¹.

- 1 RESIDENTE MFYC. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE.
- 2 ESPECIALISTA Y TUTORA DE RESIDENTES MFYC. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. JUAN XXIII, 6. 32003. OURENSE.
- 3 ESPECIALISTA EN MEYC. EOXI DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Néstor J. Sánchez Sánchez. e-mail: njsanchezs@gmail.com

Cad Aten Primaria Ano 2018 Volume 24 (1) Páx. 61

Ante una parada cardiorespiratoria (PCR), es fundamental actuar rápidamente y que todos los trabajadores de un centro sanitario conozcan su función en ese momento. Debido a eso, y ante la posibilidad de que nos veamos en dicha situación a lo largo de nuestra vida profesional, decidimos revisar la actuación ante una emergencia en el centro de salud en el que trabajamos, localizado en el centro de una capital de provincia¹.

La idea surgió debido a la llegada al centro de un nuevo desfibrilador semiautomático (DESA), junto con la publicación de las nuevas recomendaciones de la ERC de 2015². Ambas cosas nos hicieron reflexionar como sería la actuación si a la entrada del centro de salud hubiera una PCR.

Ante la duda sobre una correcta y ordenada actuación ante la misma, tres residentes del turno de tarde, con la colaboración de un tutor docente, decidimos realizar en el centro de salud unas sesiones clínicas explicando las últimas recomendaciones de resucitación cardiopulmonar (RCP), y los algoritmos que se llevan a cabo para ello (Figura 1)². Se llevarán a cabo con una cadencia mensual.

Las sesiones no son exclusivas para médicos, sino para todo el personal sanitario, administrativo y de limpieza del centro (ya que la efectividad de la misma es similar si la realiza persona sanitario que personal no sanitario entrenado³). El contenido se adapta en función de la convocatoria y engloba el diagnóstico de parada, la escalada de atención (quién y dónde avisa, cómo iniciar la atención, recepción de 061), manejo del DESA por todo el personal del centro, reservando la realización de soporte vital avanzado por el personal sanitario exclusivamente.

Con el fin de poder hacer un análisis cualitativo posterior, se realiza un cuestionario a los asistentes donde se recoge edad, profesión, motivación e ideas para mejorar asistencia y aprovechamiento de las seciones

Una vez finalizadas las sesiones, sería bueno la realización de un flujograma de actuación, en el que cada miembro del equipo de trabajo supiera su labor en dicha actuación: llamar al 061, avisar a sanitarios trabajando en el centro, traer el DESA a la zona de la PCR, colaborar en la realización de las maniobras,...

Tras la primera sesión, podemos concluir que revisar el funcionamiento asistencial a la urgencia en un centro motiva a hacer formación conjunta entre todos los profesionales e integra a los residentes en el equipo.

¿Que aplicabilidad tiene esta experiencia? Ante una parada cardiorespiratoria, es fundamental actuar rápidamente^{1.4} y que todos los trabajadores de un centro sanitario conozcan su función en ese momento. Si conseguimos que todos los trabajadores del centro de

salud conozcan la manera de actuar, las probabilidades de éxito ante dicha situación se multiplicarían³⁻⁴.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraldes Valeiras JA. Importancia de las técnicas de Respiración Cardiopulmonar Básica. Un estudio en la Región de Murcia. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. 2011, nº 19, pp. 59-62.
- Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015).
- Castrena M, Nurmia J, Laaksob JP, Kinnunenc A, Backmanc R, Niemi-Murola L. Teaching public access defibrillation to lay volunteers-≠a professional health care provider is not a more effective instructor than a trained lay person. Resuscitation 63 (2004) 305–310.
- Sastre Carrera MJ, García García LM, Bordel Nieto F, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Benítez Robredo MT. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. Aten Primaria 2004;34(8):408-13.

AGAMFEC estrea nova web



máis actualidade · máis información · máis participación



www.agamfec.com