CADERNOS de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia

Vol. 27(1)
ABRIL 2021

Editorial

Agamfec estrena Grupo de Trabajo de Atención al Dolor

Gabriel Romero de Ávila. Coordinador do Grupo de Traballo de Atención á Dor da AGAMFEC

Páx. 3

Orixinais

Beneficio de la promoción de la vacuna antigripal. Impacto en la reducción de ingresos hospitalarios

Benefit of promotion flu vaccination. Impact on the reduction of hospital admissions

David Garrido Victorino, Carmen Fernández Domato, Raquel Canedo Rodríguez

Páx. 4-10

Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta

Breastfeeding: prevalence and associated factors. Analysis of a survey

Jesús Enrique Maraña-González, Antía Fernández-Pombo, Oreste Gualillo, Rosaura Leis-Trabazo, José Manuel Fernández-Bustillo

Páx. 11-17

Para saber máis

Decálogo sobre promoción de la salud en Atención Telefónica

Decalogue on health promotion in Telephone Assistance

Estefanía Zardoya Cabo

Páx. 18-20

Variación estacional en patología oftálmica

Seasonal variation in ophthalmic pathology

Carlos Sevillano Torrado, Verónica Rodríguez López

Páx. 21-24

Casos clínicos

Rastreando el COVID-19

Searching for COVID-19

Guillermo José Lorenzo González, Rubén Níñez Lorigados, José Andrés Agulla Budiño

Páx. 25-27

Vigilancia continua en el paciente anticoagulado y politraumatizado

Continuous surveillance in the anticoagulated and polytraumatized patient

María Goretti Buceta Eiras, Antía Domínguez Rodríguez, América Elisabeth Álvarez Pérez

Páx. 28

Miopericarditis aguda: busquemos la causa

Acute myopericarditis: let's look for the cause

Miopericardite aguda: busquemos a causa

Rubén Níñez Lorigados, Raquel Marzoa Rivas

Páx. 29-30

Varón con úlceras escrotais

Male with scrotal ulcers

Varón con úlceras escrotales

Alberto Lema Fernández, Norberto Proupín Vázquez, Tania Viqueira Queijas

Páx. 31-32

Humanidades

Los cementerios parroquiales en Mondoñedo-Ferrol, 1931-1933. Una historia que protagoniza el pueblo gallego

The parish cemeteries of Mondoñedo-Ferrol, 1931-1933. A story starring the Galician people

MD, PhD Alain Raimundo Rodríguez-Orozco

Páx. 33-34

Cartas ao director

Anticuerpos antifosfolípidos en 2067 pacientes. Consideraciones para la atención primaria

Antiphospholipid antibodies in 2067 patients. Considerations for primary attention

BSc Carlos Béjar-Lozano, PhD Martha Estrella García-Pérez, PhD Christian Cortés-Rojo, MD, PhD Alain Raimundo Rodríguez-Orozco

Páx. 35-36

www.agamfec.com

Editor Xefe Ana Isabel Castaño Carou

Comité editorial

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)

Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

Consello asesor

Ana Clavería Fontán
Susana Aldecoa Landesa
Julia Bóveda Fontán
José Luis Delgado Martín
Carlos Eirea Eiras
Antonio Regueiro Martínez
Pilar Gayoso Diz
Raimundo Gulín González
Enrique Nieto Pol
Lucía Barreiro Casal
Ana Prada Vigil
Ramón Veras Castro
Ana Carvajal de la Torre
M.ª Jesús Cerecedo Pérez
Jesús Combarro Mato
Bernardino Pardo Teijeiro
Francisco Martínez Anta
Juan Francisco Ollarves
Susy Osinaga Peredo
José Ramón Moliner de la Puente
Susana Hernáiz Valero

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 1072-1994
ISSN: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de Sanidade como Soporte Válido 94032R.

Deseño e maquetación:
Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

ISSN (Internet): 1989-6905
Categoría: Ciencias da Saúde.
Acceso: Gratuito.
Mención específica de dereitos: Non.
URL intruccións autores:
http://www.agamfec.com/publicacions
¿Permite o autoarquivo? Si.
Versión autoarquivo: Post-print (versión editorial).
¿Cando? Inmediatamente despois da publicación.
¿Onde? Web persoal, repositorio institucional, repositorio temático.

Esta publicación ten revisión por pares.

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 2021
Volume 27(1)
Páx. 3

Agamfec estrena Grupo de Trabajo de Atención al Dolor

Gabriel Romero de Ávila. Coordinador do Grupo de Traballo de Atención á Dor da AGAMFEC

Durante el pasado otoño de 2020, en pleno año de la pandemia, un grupo de profesionales dentro de Agamfec ha decidido formar un nuevo Grupo de Trabajo especializado en la Atención al Dolor, uno de los motivos de consulta más frecuentes y una de las cuestiones que más se ha visto perjudicada durante la emergencia sanitaria.

La Asociación Gallega de Médicos de Familia lleva décadas sirviendo de nexo de unión de toda la Atención Primaria de Galicia, aunando bajo sus siglas a los profesionales que se ocupan de la salud desde el primer nivel y actuando como canal de comunicación con sus pacientes. Agamfec ha sido desde siempre muy sensible a las necesidades de los enfermos que acuden a la Atención Primaria, sus motivos de consulta, sus miedos y sus necesidades.

Por ello, uno de los primeros Grupos de Trabajo que se formó en el seno de Agamfec fue el de Terapéutica del Dolor. El dolor agudo y crónico constituye uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria, una de las dolencias más limitantes y una de las que más afectan a la percepción de enfermedad del paciente. Con frecuencia se dice que es difícil implicar a la persona en la prevención de la obesidad, la hipertensión o la dislipemia porque «son enfermedades que no duelen». En cambio, una lumbalgia o una cefalea obligan a acudir de inmediato a la consulta del médico.

Durante años, el Grupo de Trabajo de Terapéutica del Dolor de Agamfec llevó a cabo publicaciones y charlas que ayudaron a mejorar el tratamiento de estas dolencias. Su presencia era constante en los congresos de la Asociación y su participación en actividades resultaba vital. Pero el tiempo pasó y no fue fácil mantener la formación.

En octubre de 2020 ha aparecido el nuevo Grupo de Trabajo de Atención al Dolor de Agamfec. Su intención es retomar los esfuerzos de aquellos primeros tiempos y actualizarlos a la realidad actual. Sabemos que este año de pandemia ha supuesto un perjuicio para los pacientes con dolor. Meses de confinamiento, limitaciones de movilidad, difícil acceso a las consultas médicas, anulación de cirugías programadas, teletrabajo y aislamiento generalizado han empeorado sus condiciones de vida.

Pero, además, vivimos en un clima de abatimiento que también dificulta las cosas. El ambiente general es de tristeza e incertidumbre ante una situación que parece imposible de controlar. Las noticias de cada día suelen estar plagadas de angustia y de pérdidas. Es inevitable sentir la fatiga acumulada de tantos meses. Y está demostrada la manera en que las emociones influyen en nuestro estado de salud, en concreto en la percepción del dolor.

Con toda esa perspectiva, el Grupo de Trabajo de Atención al Dolor empieza su andadura. Nuestra intención es mejorar la visión integral de los profesionales de la salud hacia los pacientes con dolor, favorecer los intercambios de información y crear un punto de unión entre todos. Ya estamos trabajando en ámbitos específicos como la atención en Urgencias o la realidad del anciano. Conformamos un grupo heterogéneo y disperso por toda Galicia, dispuesto e ilusionado, con voluntad de acabar con la inercia en el trabajo diario y con el fatalismo al que nos ha conducido esta situación.

No pretendemos cambiar el mundo, pero sí aportar un poco de luz al ámbito del dolor. Los grandes cambios solo se pueden realizar paso a paso y en este otoño hemos dado el primero. Ahora solo nos quedan todos los demás.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 4-10

Beneficio de la promoción de la vacuna antigripal. Impacto en la reducción de ingresos hospitalarios

Benefit of promotion flu vaccination. Impact on the reduction of hospital admissions

David Garrido Victorino[1], Carmen Fernández Domato[2], Raquel Canedo Rodríguez[3]

[1] MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PONTEVEDRA. SERVICIO GALLEGO DE SALUD
[2] MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PONTEVEDRA. SERVICIO GALLEGO DE SALUD
[3] MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PONTEVEDRA. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: David Garrido Victorino. E-mail: davidgvictorino@gmail.com

RESUMEN

Anualmente la Consejería de Sanidad de Galicia lleva a cabo la campaña de vacunación antigripal que pretende proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, vacunándolas o vacunando a personas que les puedan transmitir la gripe.

El objetivo de este trabajo es realizar una intervención para fortalecer esta labor y plantearnos una serie de interrogantes: ¿Una campaña proactiva por parte del personal sanitario incrementa la tasa de vacunados frente al virus de la gripe? ¿Qué impacto tiene sobre el número de ingresos?

Para ello hemos realizado una intervención organizativa con evaluación ante-post en aquellas personas cuyo centro de referencia es el centro de salud de Bueu y que son subsidiarias de recibir la vacuna antigripal.

Participaron un total de 8 médicos de familia, 6 enfermeros y 5 residentes de medicina familiar y comunitaria del centro de salud de Bueu que cubre una población de 11.827 habitantes, llevando a cabo diversas estrategias durante el periodo de campaña de vacunación para tratar de aumentar la cobertura vacunal antigripal.

Las conclusiones arrojaron *"una de cal y otra de arena"*. Nuestro año de intervención recogió un aumento del 6% en la cobertura de la vacuna antigripal respecto a años previos. Éstos seguían una tendencia de aumento de entre 1 y 2%. Así, podemos ver que conseguimos aumentar la tasa de vacunados en el área. Sin embargo, no pareció influir en el número de ingresos hospitalarios.

Palabras clave: vacuna, gripe, ingreso.

ABSTRACT

The Galician Counseling of Health carries out an influenza vaccination campaign every year, which aims to protect people who are at greater risk of complications or, vaccinating people at risk of transmitting the flu.

The objective of this study is to carry out an intervention to strengthen this work and, in addition, to propound a pair of questions: Does a proactive campaign by health workers increase the rate of vaccinated against the flu virus? What impact does it have on the number of incomes?

For this way, we have carried out an organizational intervention with a before-after evaluation in those whose reference center is the Bueu health center and who are at risk to get the flu.

Participating a total of 8 family doctors, 6 nurses and 5 residency family sistems of the Bueu health center to cover a total of 11,827 people, we carried out various strategies during the vaccination campaign in order to increase flu vaccine coverage.

The conclusions drawn showed *"two faces"*. In our year of intervention, a 6% increase in vaccination coverage with respect to previous years was collected. These followed an increasing trend of between 1 and 2%. In this way we can see that we managed to increase the rate of vaccinated in the area. However, it didn´t seem to influence in hospital admissions.

Keywords: vaccine, flu, admission.

INTRODUCCIÓN

Anualmente desde 1991 la Consejería de Sanidad a través de la Dirección General de Salud Pública y del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), lleva a cabo la campaña de vacunación antigripal, que en sus inicios abarcaba las personas de 65 o más años y que, desde el año 2010, se amplió a todas las personas de 60 o más años. En la campaña 2017-2018, cambió una de las tres cepas incluidas en la vacuna respecto de las del año previo: en el caso de la cepa A (H1N1), se sustituye la cepa A/California/7/2009 por la cepa A/Michigan/45/2015.[1]

Con esta campaña de vacunación antigripal se pretende proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y a las que pueden transmitir la enfermedad a otras personas de riesgo, así como a las personas que por su ocupación proporcionan servicios esenciales en la comunidad.[2]

En Galicia se pretende conseguir una cobertura de vacunación en la población de 60 a 64 años igual o superior al 35 %, una cobertura en 65 o más años igual o superior al 65% y en los trabajadores sanitarios del Servicio Gallego de Salud una cobertura vacunal igual o superior al 40 %.[1]

Como precedente, en España en los años previos (2009-2010 a 2018-2019) se encontraron porcentajes de vacunación frente a la gripe en población de 65 ó más años en torno al 56% (tabla 1).[3]

Tabla 1. Cobertura antigripal en España (MSCBS)

Evolución de cobertura de vacunación antigripal en población ≥65 años. España, temporadas 2009-2010 a 2018-2019	
Temporada	Cobertura
2009-2010	65,7
2010-2011	56,9
2011-2012	57,7
2012-2013	57,0
2013-2014	56,2
2014-2015	56,2
2015-2016	56,1
2016-2017	55,5
2017-2018	55,7
2018-2019	54,2

En Bueu, los 3 años previos a nuestra intervención (2014-2015 a 2016-2017) se encontraron porcentajes de vacunación frente a la gripe en población de 65 ó más años en torno al 41% (tabla 2).

Tabla 2. Cobertura antigripal en Bueu en mayores de 65 años

Temporada	Cobertura
2014-2015	39,07
2015-2016	40,76
2016-2017	43,06
2017-2018 (año de intervención)	49,36
2018-2019	50,01

Así como están disponibles de forma pública los datos de coberturas vacunales anuales a través de la web del Ministerio de Sanidad, no están disponibles el número de ingresos hospitalarios derivados de la gripe ni cuales de ellos no han sido vacunados. Dicha información supondría una estrategia de promoción de la vacuna y prevención de la enfermedad.

Nosotros aportamos los datos de los años anteriores a la realización del estudio, únicamente del área que cubre nuestro centro de salud, para poder enfrentarlos a los del año que hemos realizado nuestro modelo de actuación y, así analizar si conseguimos aumentar la cobertura de vacunación y, con ello, su influencia en los pacientes ingresados por gripe en el hospital de referencia.

Consideramos preciso mencionar como uno de los obstáculos a la vacunación antigripal la reticencia de los usuarios a recibirla, cuestionando su efectividad y exaltando sus potenciales efectos secundarios.

Conociendo la existencia de estas creencias, hemos visto necesario realizar esta intervención para frenarlas y aumentar la tasa de vacunados con diversas estrategias de promoción que posteriormente son descritas en el apartado "*Métodos*".

Mencionar que, para llevar a cabo todas estas estrategias y la campaña de vacunación, el papel de la Atención Primaria es fundamental: realizando tareas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento.

Objetivos

Determinar si una campaña proactiva por parte del personal sanitario del centro de salud incrementa la tasa de vacunados frente al virus de la gripe y ver que impacto tiene sobre el número de ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

1 **Diseño:** Intervención organizativa con evaluación ante-post. Período de estudio: 1 de octubre a 29 de diciembre de 2017.

2 **Población diana:** Aquellas personas cuyo centro de referencia es el centro de salud de Bueu y a los que va dirigida la vacuna antigripal (cumpliendo los criterios de inclusión). Quedaron excluidos del análisis aquellos pacientes desplazados de otros centros y comunidades autónomas, personal sanitario del centro que no tiene este centro de salud como referencia y aquellos que no cumplían los criterios de inclusión (aunque esto no fue motivo para la no vacunación de los mismos).

Criterios de inclusión según las pautas aportadas por la dirección de Salud Pública [(1)]:

- Embarazadas
- Personal médico y en prácticas del SERGAS
- Personal de enfermería y en prácticas del SERGAS
- Otro personal del SERGAS (Auxiliares, celadores, administrativos…).
- Personal sanitario de centros privados.
- Personas de 60 ó más años y otros grupos de riesgo (con patología cardiovascular, respiratoria…).

3 **Intervención:**

a Captación:

Participaron 8 médicos de familia, 6 enfermeros y 5 residentes de medicina familiar y comunitaria del centro de salud de Bueu. Cubriendo una población total de 11.827 habitantes.

b Campaña proactiva:

- Vacunación "en caliente": Que consiste en la vacunación de aquellos pacientes que acuden a consulta del facultativo médico por cualquier otro motivo y quieran vacunarse de la gripe. Evitando así la demora de la misma, que en ciertas ocasiones puede convertirse en perecedera. Esta acción fue llevada a cabo por todos los facultativos del centro.
- Publicidad e información para el paciente: Dispusimos en torno a las consultas de facultativos médicos, personal de enfermería y del personal de administración diferentes carteles y material informativo para los pacientes con el objetivo de promover la vacunación antigripal.
- Promoción activa por el personal sanitario: Hicimos un especial énfasis en la promoción de esta vacuna tanto por los facultativos médicos como por el personal de enfermería. Quisimos establecer una información común entre todo el personal sanitario para comunicárselo a los pacientes. De tal manera que llevamos a cabo varias sesiones clínicas antes de empezar la consulta diaria. En ellas participaron todos los médicos y algunos enfermeros. Planteamos diversas propuestas hasta llegar a una información común que distribuir de forma personal, verbal y escrita a los pacientes que acuden a consulta y quieren informarse del tema.
- Colocación de un puesto con vacunas: Colocamos una pequeña área a la entrada del centro de salud donde pusimos a disposición de la población la posibilidad de vacunarse sin tener que pedir cita previa y obtener información acerca de la vacuna.
- Registro de vacunas: Todas las vacunas (tanto las administradas en consulta de enfermería y médica, como las administradas en el puesto adyacente en el centro) se registraron en el apartado de vacunación de la historia clínica electrónica (IANUS) de cada paciente.

c Monitorización de la actividad:

- Indicadores de vacunación durante las diferentes campañas facilitados por el Servicio Gallego de Salud (en el gráfico 1 se muestran los registros de los años 2014 a 2018).
- Datos de altas hospitalarias por gripe facilitados por el servicio de admisión del hospital de referencia, en nuestro caso el Complejo Hospitalario de Pontevedra (C.H.O.P) *(Tabla 3.)*

Gráfico 1. Evolución del número de vacunados estratificados por meses.

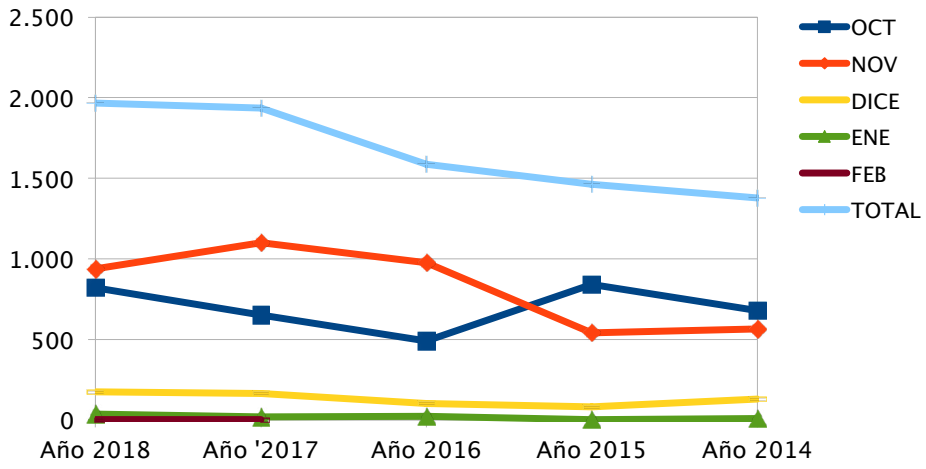


Tabla 3. Pacientes del área de Bueu con diagnóstico de Gripe al alta hospitalaria. Se ha agrupado por colores los meses correspondientes a las distintas campañas de vacunación.

Mes	Altas	Mes	Altas	Mes	Altas
2014/Feb	1	2017/Feb	8	2018/Abr	1
2014/Dic	1	2017/Dic	4	2019/Ene	3
2016/Feb	1	2018/Ene	5	2019/Feb	3
2016/Abr	1	2018/Feb	7	2019/Mar	6
2017/Ene	1	2018/Mar	1	2019/May	3

	Campaña de vacunación
	2013-2014
	2014-2015
	2015-2016
	2016-2017
	2017-2018 (año intervención)
	2018-2019

4 Cronograma (tabla 4)

Tabla 4. Cronograma de actuación

01-20 octubre 2017	20-22 octubre 2017	23 octubre-29 diciembre 2017	2018 hasta la fecha
Creación y colocación de carteles y folletos publicitarios por el centro de salud.	Colocación de puesto adyacente en el centro para vacunas.	Vacunación diaria en puesto adyacente y consultas médicas y de enfermería.	Recopilación resultados. Recabar datos de coberturas e ingresos.
Planeamiento de la estrategia a llevar a cabo y disposición estructural del centro.		Registro electrónico diario de vacunas.	Conclusiones.

5 **Aspectos ético-legales:** Se ha precisado la conformidad del centro para el diseño del estudio, un informe favorable del tutor y los datos agregados aportados por las siguientes entidades: Servicio Gallego de salud, Admisión del C.H.O.P y Ministerio de Sanidad. Justificamos que no se presentan consentimientos firmados ni la aprobación de un CEIC ya que no se ha accedido a la historia clínica de los pacientes. Sólo se han registrado números.

RESULTADOS

La cobertura antigripal en mayores de 64 años se ha incrementado progresivamente entre 2014 y 2018, desde 39% a 50%. (gráfico 2 y tablas 2 y 5).

Gráfico 2. Porcentaje coberturas en >64 años por cupo de pacientes (expresado en decimales). Para mantener el anonimato de los médicos se le ha asociado a cada médico una letra de la A a la H; T: total

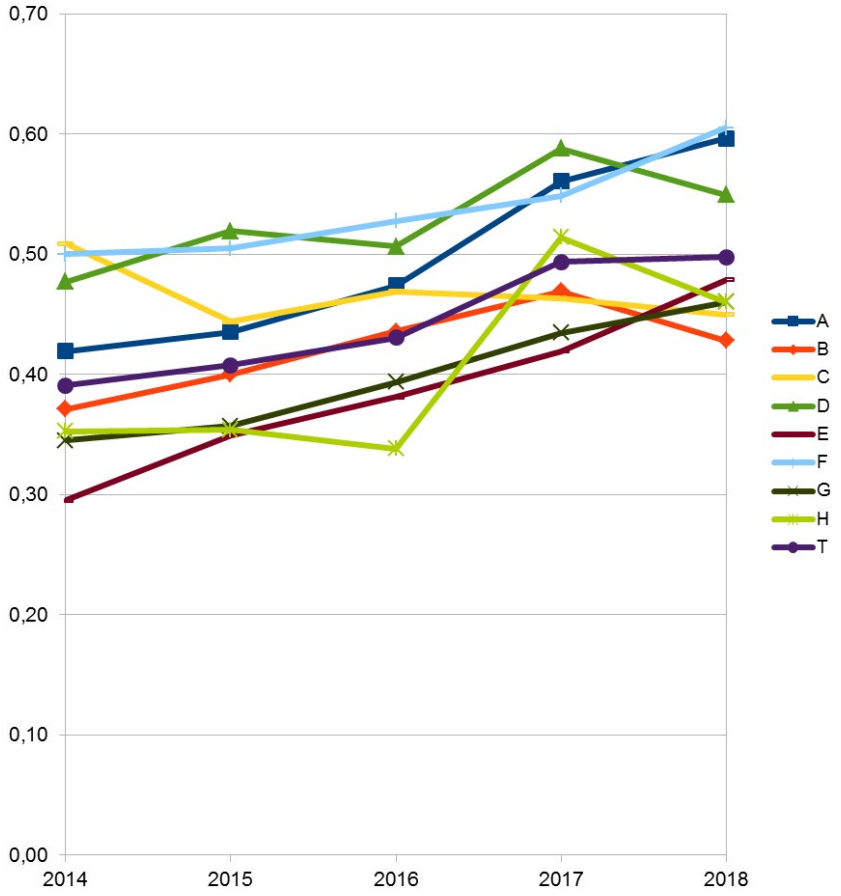


Tabla 5. Porcentaje coberturas en >64 años por cupo de pacientes (expresado en decimales). Para mantener el anonimato de los médicos se le ha asociado a cada médico una letra de la A a la H; T: total

Médico	A	B	C	D	E	F	G	H	T
2014	0,42	0,37	0,51	0,48	0,30	0,50	0,35	0,35	0,39
2015	0,44	0,40	0,44	0,52	0,35	0,50	0,36	0,35	0,41
2016	0,47	0,44	0,47	0,51	0,38	0,53	0,39	0,34	0,43
2017	0,56	0,47	0,46	0,59	0,42	0,55	0,43	0,51	0,49
2018	0,60	0,43	0,45	0,55	0,48	0,61	0,46	0,46	0,50

La diferencia entre el año de nuestra intervención (2017) con respecto al previo es del 6%, pasando de un 43% a un 49%. Sin embargo, con respecto a la siguiente campaña en 2018 fue solo del 1%, con diferencias por cupo. Pudiéndose interpretar por tanto el incremento del 2017 consecuencia de nuestra campaña, y la disminución el año siguiente por el cese de la misma.

En cuanto a la repercusión en el número de ingresos vemos que el número de personas que ingresaron y posteriormente fueron dadas de alta con diagnóstico de gripe es mayor el año de nuestra intervención: 18 personas en 2017-2018, 9 en 2016-2017, 2 personas en 2015-2016 y 1 en 2014-2015 y 2013-2014. (tabla 3).

DISCUSIÓN

A pesar de la promoción activa llevada a cabo para la vacunación antigripal no hemos conseguido alcanzar los objetivos de cobertura establecidos por el Servicio Gallego de Salud.

No se puede descartar la influencia de medios externos u otras variables que no hemos considerado en nuestro estudio. Posibles explicaciones:

- Se desconoce la percepción sobre el riesgo de infecciones.
- No se cuantificaron las negativas a vacunarse.
- Debieran captarse para la vacunación del neumococo durante todo el año, porque estos pacientes son los que más participan en la campaña de la gripe.

Los resultados de las coberturas en los diferentes años podrían indicar que nuestra intervención surtió un efecto positivo en la cobertura antigripal del 2017-2018, notificándose un aumento del porcentaje de vacunados al romper la tendencia habitual hasta entonces de lento crecimiento.

Del segundo objetivo podríamos decir que el aumento de la cobertura vacunal no pareció repercutir en una reducción de ingresos hospitalarios como planteábamos de inicio.

Si buscamos una correlación con los ingresos hospitalarios no vemos repercusión con los datos que nos han aportado desde el C.H.O.P (un descenso de los mismos ante el aumento de la cobertura). De hecho, ese año se registraron más casos que otros años. Posibles limitaciones:

- No disponemos del número de pacientes que no fueron alta hospitalaria, es decir, que perecieron durante el ingreso hospitalario y que por ende no se han registrado en la tabla.
- Desconocemos la codificación llevaba a cabo para el registro de la enfermedad en las altas hospitalarias (prueba microbiológica positiva, informe de alta…).
- Nuestra área de estudio fue la población de Bueu, por lo que podrían influir ciertas condiciones sociodemográficas ese año que aumentaran el número de ingresos, lo cual desconocemos.
- Variabilidad de la cepa (más agresiva, más contagiosa, etc..).

Para futuros estudios se debieran tener en cuenta los datos de "ingresos" y no las "altas" hospitalarias, además de conocer la codificación llevaba a cabo para clasificar estos datos, incluso pueda tratarse de un paciente ingresado que recibió previamente la vacuna de la gripe. Todo ello supone unas limitaciones que podrían haber sido las causantes de esta incongruencia en los resultados.

Estas limitaciones previamente descritas pueden explicar la diferencia con lo hallado en el estudio de Montserrat-Capdevila[4], que siendo de características similares al nuestro, sí demuestra que la vacuna antigripal disminuye el número de ingresos hospitalarios en pacientes EPOC.

CONCLUSION

Una intervención con poca cantidad de recursos, tal y como hemos realizado en el CS. Bueu, puede aumentar el número de vacunados frente a la gripe.

Por tanto, creemos recomendable fomentar la promoción activa en los centros de salud de la vacunación antigripal con estrategias sencillas pero efectivas a la hora de aumentar el número de vacunados frente a este patógeno.

COLABORADORES Y AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a todo el personal, tanto facultativos como personal de enfermería y administrativos, del centro de salud de Bueu por colaborar en esta intervención realizada.

Agradecimientos al Servicio Gallego de Salud y al Ministerio de Sanidad por facilitarnos los datos requeridos para nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1 Xunta de Galicia. Campaña de Vacunación antigripal [Internet]. Xunta de Galicia. 2017 [cited 30 October 2017]. Available from: http://gripe.sergas.gal.

2 Hibberd, Patricia L. "Seasonal Influenza Vaccination in Adults." Edited by Martin S Hirsch and Anna R Thorner, *UpToDate*, 19 Sept. 2019, www.uptodate.com/contents/seasonal-influenza-vaccination-in-adults?search=flu%2Bvaccine&source=search_result&selectedTitle=2~142&usage_type=default&display_rank=1.

3 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Coberturas de Vacunación. DATOS ESTADÍSTICOS [Internet]. Mscbs.gob.es. 2019 [cited 27 March 2018]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm.

4 Josep Montserrat-Capdevila, Pere Godoy, Josep-Ramon Marsal, Inés Cruz, Mònica Solanes, Efectividad de la vacunación antigripal para evitar el ingreso hospitalario por agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2014; 32(2): 70-75. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2013.02.009 (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X13000542).

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- La campaña de vacunación antigripal es una campaña anual de vital importancia sobre todo para pacientes con patologías crónicas.
- Vacunamos una gran cantidad de personas, pero no llegamos a los mínimos establecidos por comunidad autónoma.
- Cada año hay muchos ingresos hospitalarios por gripe y se pretende que cada año este número sea menor.

¿Qué aporta este estudio?

- Podemos aumentar la tasa de vacunados con una campaña proactiva, sin necesidad de emplear gran cantidad de recursos/costes.
- Se necesitan más intervenciones para llegar a alcanzar los objetivos de cobertura de vacunación antigripal del SERGAS.
- Evidencia la necesidad de plantear estudios futuros que demuestren si existe correlación entre el aumento de vacunados y el descenso en el número de ingresos hospitalarios por gripe.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 11-17

Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta

Breastfeeding: prevalence and associated factors. Analysis of a survey

Jesús Enrique Maraña-González[1], Antía Fernández-Pombo[2], Oreste Gualillo[3], Rosaura Leis-Trabazo[4], José Manuel Fernández-Bustillo[3,5,a]

[1] RESIDENTE (R2) SERVICIO MEDICINA NUCLEAR HUCA (OVIEDO). CORREO ELECTRÓNICO: JESUSEMARANA@GMAIL.COM
[2] ADJUNTA SERVICIO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: ANTÍA.FERNÁNDEZ.POMBO@SERGAS.ES
[3] INVESTIGADOR ESTATUTARIO A, XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO. LABORATORIO NEIRID HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: ORESTE.GUALILLOSERGAS.ES
[4] PEDIATRA SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: MARÍA.ROSAURA.LEIS.TRABAZO@SERGAS.ES
[5] PEDIATRA CENTRO DE SAÚDE BERTAMIRÁNS AMES (A CORUÑA). IDIS (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE SANTIAGO), GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEIRID C064. CORREO ELECTRÓNICO: JOSEMANUEL.FERNANDEZ.BUSTILLO@SERGAS.ES
[a] PEDIATRA AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL, SANTIAGO DE COMPOSTELA, A CORUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: José Manuel Fernández Bustillo. E-mail: josemanuel.fernandez.bustillo@sergas.es

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna (LM) tiene beneficios sobre la salud de los niños y de las madres, sin embargo, su prevalencia en España está lejos de alcanzar los objetivos fijados por la OMS.

Objetivos del estudio:

1. **Objetivo principal:** Conocer el estado de la lactancia materna en Bertamiráns (Ames, A Coruña)
2. **Objetivos secundarios:**
   - Conocer las causas de abandono prematuro de la lactancia materna (LM)
   - Evaluar la eficacia de las clases de preparación para el parto impartidas en este centro de salud
   - Explorar las causas de no inicio/abandono de la LM

Material y métodos: La población del estudio está compuesta de una muestra de 154 madres, del cupo pediátrico del Centro de Salud de Bertamiráns, a las que se les realizó una encuesta telefónica para averiguar la prevalencia de la lactancia materna, reconocer los motivos de no inicio/abandono de la misma y describir los factores asociados sobre su mantenimiento/no inicio.

Resultados: En nuestro estudio encontramos que el 68,88% de los recién nacidos recibieron lactancia materna (exclusiva el 48,70%, mixta el 20,13%) y el 31,12% lactancia artificial (LA). A los 3 meses la LM se mantuvo en el 59,79% y la artificial ascendía al 40,21%. A los 6 meses la LM descendió al 34,68% y un 65,32% de los niños ya recibían lactancia artificial. La media de duración de la LME y LM fue de 2.4 y 8.3 meses respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio muestra que la prevalencia de la lactancia materna en el ayuntamiento de Ames (34,68% a los 6 meses) está en la media gallega, aunque aún por debajo de las recomendaciones de la OMS.

Palabras clave: lactancia materna, prevalencia, factores asociados.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is beneficial for the health of children and their mothers. However, its prevalence in Spain does not meet the objectives established by the WHO.

Objectives of the study:

- **Main objective:** Know the status of breastfeeding in the municipality of Bertamiráns
- **Secondary objectives:**
  1. Know the causes of premature abandonment of BF by mothers
  2. Evaluate the effectiveness of the childbirth preparation classes taught at this health center
  3. Explore the causes of non-initiation / abandonment of BF

Autor para correspondencia: josemanuel.fernandez.bustillo@sergas.es

Methods: The population studied consists of a sample of 154 mothers attending the paediatric department in the Medical Centre of Bertamiráns. A telephone survey was carried out in order to establish the prevalence of breastfeeding, the reasons why it was not started or abandoned and to describe the factors associated to its continuity or absence.

Results: Our study found that 68.88% of newborns were breastfed (48.70% exclusive, 20.13% mixed) whereas 31.12% were fed with artificial milk. At the age of 3 months, breastfeeding was maintained in 59.79% while artificial milk increased to 40.21%. At the age of 6 months, breastfeeding decreased to 34.68% and 65.32% of the children were being fed artificially. The mean duration of EBF and BF was 2.4 and 8.3 months respectively (Table 3).

Conclusions: This study shows that the prevalence of breastfeeding in the council of Ames (34.68% at the age of 6 months) is in line with the average in Galicia, although it is still below the WHO recommendations.

Keywords: breastfeeding, prevalence, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es la mejor fuente de alimento para los niños ya que proporciona el suministro óptimo de nutrientes e ingredientes funcionales, y los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva (LME), comparados con los lactantes alimentados con fórmula artificial, tienen distinta flora intestinal, muestran patrones de crecimiento diferentes e incluso presentan menor riesgo a largo plazo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular[1].

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) estableció recientemente el período mínimo de LME hasta los cuatro meses aunque deseable hasta cumplir los seis[2]. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y distintas asociaciones científicas recomiendan la lactancia materna (LM) como la fuente óptima de nutrición infantil, y aconsejan la LME durante los seis primeros meses de vida, y continuar la lactancia materna al menos hasta los 2 años de edad[3,4,5,6].

El objetivo de este trabajo ha sido valorar la prevalencia de la lactancia materna en los pacientes pediátricos atendidos en el Centro de Salud de Bertamiráns (Ames-A Coruña), perteneciente al Servicio Galego de Saúde (SERGAS), donde realizan su labor asistencial tres Pediatras y dos Enfermeras.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Objetivo principal: Conocer el estado de la lactancia materna en Bertamiráns (Ames, A Coruña)
2. Objetivos secundarios:
   - Conocer las causas de abandono prematuro de la lactancia materna (LM)
   - Evaluar la eficacia de las clases de preparación para el parto impartidas en este centro de salud
   - Explorar las causas de no inicio/abandono de la LM

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio, de un total de 2693 niños correspondientes al cupo pediátrico de Bertamiráns, fueron incluidos todos los niños nacidos entre 2015 y 2016 pertenecientes a dicho cupo. Se eligió dicho grupo de edad ya que se previó que habrían terminado su periodo de LM y no eran lo bastante mayores para verse afectados por el sesgo de memoria. Seleccionamos a 272 individuos (149 niños y 123 niñas), que equivale al 10.1% de la población pediátrica de Bertamiráns, asignada en la lista del Servicio Integrado de Gestión en Atención Primaria (SIGAP) en el Centro de Saúde de Bertamiráns. Se excluyó a aquellos que fueron adoptados o que no vivían con su madre en el mismo hogar y a cuyas familias no se pudo localizar, siendo esta la causa más frecuente de no participación. Se consiguió una participación de 154 familias.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que se realizó una encuesta telefónica de elaboración propia, inspirada en trabajos previos[7], a las madres (Anexo 1) del cupo pediátrico del centro de salud de Bertamiráns. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de la lactancia materna en Bertamiráns, averiguar las razones de no inicio/abandono de la misma en esta población, describir los factores asociados a la lactancia materna y su influencia sobre su mantenimiento/no inicio.

El consentimiento de los participantes se solicitó de manera verbal (al llamarlos por teléfono). Los datos de la encuesta se recogieron de forma totalmente anónima y custodiados en una base de datos segura habilitada para tal fin, y seudonimizados para el tratamiento de los datos por el investigador principal.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresaron con la distribución de frecuencias. Se calculó la prevalencia de LME (lactancia materna exclusiva) y LMX (lactancia mixta: materna más artificial), y su duración, haciendo

inferencia poblacional con intervalo de confianza al 95% (IC 95%). El análisis de las variables asociadas a la LME y LA se realizó con regresión logística multinomial; las asociaciones con valores p ≤ 0,10 se incluyeron en modelos de regresión logística multivariante. El modelo final consideró variables asociadas significativamente si mostraron valores p ≤ 0,05. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 (SPSS, Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos) y STATA versión 13.0 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos).

RESULTADOS

En la muestra del estudio se encontró (Tabla 1) que al alta maternal el 70% de los recién nacidos reciben lactancia materna, siendo alimento exclusivo en el 48.75% de los mismos. A los 3 meses de vida la LME se mantiene en el 44.20 % de los niños y disminuye drásticamente a los seis meses al 25.38%, edad a la que se recomienda el inicio de la alimentación complementaria, manteniendo cifras residuales hasta los ocho meses y a los doce meses solo el 5.19% de los niños reciben alguna toma de leche materna. La media de duración de la LME y LM fue de 2.4 y 8.3 meses respectivamente.

Tabla 1. Prevalencia lactancia en los primeros meses de vida

Tipo lactancia	RN	3 meses	6 meses
Materna (LM)	68.88%	59.79%	34.68%
• Exclusiva (LME)	48.75%	44.20%	25.37%
• Mixta (LMX)	20.13%	15.59%	9.31%
Artificial (LA)	31.12 %	40.21%	65.53%

Entre los factores que influyeron en la instauración de la lactancia materna exclusiva destacan el parto eutócico y tener experiencia previa en lactancia materna. Se obtuvo un valor significativo con la variable "¿Repetiría/Iniciaría la lactancia materna en un hipotético embarazo posterior?", resultando que las mujeres que respondieron "Sí" estuvieron más dispuestas a instaurar LME. Del mismo modo las clases de preparación para el parto fueron un factor protector para la LME y, en este sentido, las mujeres que afirmaron no haber recibido instrucciones específicas sobre la LM durante las clases fueron menos susceptibles de instaurar LME.

En las variables que resultaron favorecer la lactancia artificial exclusiva destaca la no experiencia previa en lactancia materna. La respuesta "No repetiría/instauraría la lactancia materna en un hipotético embarazo futuro" resultó tener una correlación fortísima con la LA exclusiva.

Es significativo que del total de las encuestadas, 72 madres (46,8%) refirieran no haber ido a las clases de preparación para el parto en el embarazo del niño encuestado. Se tomaron como negativas las respuestas de las madres que habían acudido a dichas clases en un embarazo anterior pero no en el de la encuesta. De las 82 madres que sí acudieron al curso 75 (53.2%) respondieron que sí habían recibido instrucciones específicas sobre la lactancia materna por parte de la matrona. Esa diferencia, al menos en parte, podría ser atribuible al sesgo de memoria o a que esas madres no acudieron todos los días al curso. A la pregunta de si en el caso hipotético de que tuvieran otro hijo les gustaría repetir/iniciar la LM 114 madres (74%) respondieron que sí les gustaría repetir.

La tabla 2 contiene los motivos de no inicio/abandono de la lactancia materna que las madres refirieron, ordenados por frecuencia. El porcentaje se refiere al número de veces que la respuesta fue positiva a la pregunta del motivo de abandono de la lactancia materna, pudiendo referir varias causas cada madre. Dentro de la categoría "Otros" se incluyen una miscelánea de respuestas. Las más relevantes, por orden de frecuencia, fueron dolor, decisión personal, malas experiencias previas, abandono de la lactancia materna después de 1,5 años de lactancia o más y abandono por nuevo embarazo.

Tabla 2. Motivos de abandono/no inicio lactancia materna

Motivo	N.º	%
Incorporación al trabajo	36	23.4
Hipogalactia	22	14.3
Incomodidad	16	10.4
Enfermedad de la madre incompatible con la lactancia materna	14	9.1
Escasa ganancia ponderal	4	2.6
Otros motivos	41	26.6
Consejo médico	0	0

El resto de variables estudiadas no dieron un nivel de significancia estadística aceptable.

DISCUSIÓN

Es un hecho demostrado que la LM proporciona todos los nutrientes que los bebés necesitan para un desarrollo saludable y, además de afianzar el vínculo materno-filial y de las ventajas económicas que presenta, tiene un efecto protector[8, 9] sobre el niño lactante, a corto y largo plazo, y también sobre la madre. En los niños está asociado positivamente con el desarrollo cognitivo y con la disminución del riesgo de padecer ciertas enfermedades, en comparación con los lactantes alimentados con LA[8]; y en la madre, entre otros beneficios, relación inversa entre lactancia materna y ciertos tipos de cáncer[10,11].

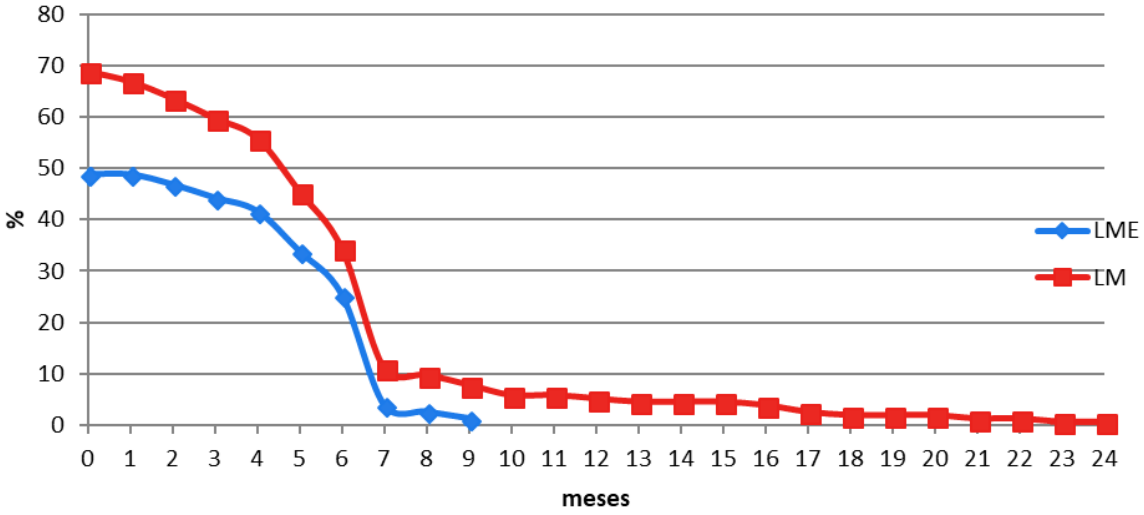
En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud propuso mejorar las tasas de LME entre bebés menores de seis meses para el 2025 aumentando la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses hasta al menos el 50%[12]. Sin embargo, la OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) refiere que si bien la tasa de inicio temprano de la LM es muy alta en los países escandinavos, con valores cercanos al cien por cien, las tasas de LME disminuyen rápidamente entre los 4 y 6 meses de edad y son muy bajas a los 6 meses, presentando la UE las tasas más bajas en el mundo[8].

En este sentido, entre 2006-2012, solo un 25% de los lactantes en la UE recibió LME durante los primeros 6 meses, en comparación con el 43% de Asia Sudoriental y, según la OMS, los datos recientes sobre lactancia materna exclusiva de 21 países de Europa muestran que el 13% de los lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses, lo que está muy por debajo de la recomendación mundial[13]. Además, la prevalencia de la LME a los seis meses de vida en la Unión Europea (UE), en el año 2013, difiere según los países[14], con tasas elevadas en Eslovaquia (49%) y Hungría (44%), inexistentes en Reino Unido, Grecia y Finlandia, con tasas próximas al 1%, siendo en España del 29% aproximadamente.

En nuestro estudio (Tabla 1) casi el 70% de los recién nacidos reciben lactancia materna al alta hospitalaria, siendo exclusiva en el 50% de los casos, sin embargo esta cifra se invierte a los seis meses de vida en la que la lactancia artificial predomina en más del 65% de los lactantes, observando (Figura 1) que las cifras de LM y LME se mantienen estables y en paralelo hasta los 3-4 meses donde, coincidiendo aparentemente con la finalización de la baja maternal, se produce un descenso significativo y se mantiene por debajo del 10% a partir de los 8 meses.

En España una encuesta de ámbito provincial y estatal elaborada en 1997[15] indica que el 84,2% de los recién nacidos iniciaron la LM, a los 3 meses la reciben el 54,9%, a los 6 meses el 24,8% y al año solo el 7,2%. Esta prevalencia, según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud realizada en 2012[16], aumenta y sitúa la tasa de LM a los 3 meses en el 66,5%, llegando al 47% a los 6 meses. En Galicia se dispone de estimaciones realizadas en distintas áreas sanitarias (norte de Lugo, Val Miñor y Vigo)[17-19] que permiten conocer la prevalencia de LM en nuestra Comunidad. En todas ellas se observa que un porcentaje elevado de recién nacidos reciben lactancia materna, en algún estudio más del 80%, se mantiene en los primeros tres-cuatro meses de vida pero a partir de ese momento, coincidiendo con el final de la baja por maternidad, se produce un descenso progresivo de la LM y al sexto mes de vida desciende drásticamente, excepto en Vigo donde, a esta edad, refieren una tasa de LME del 50% que difiere sustancialmente de lo encontrado en nuestro estudio que sitúa la LM en el 34.68%, y la LME al 25.37%, muy debajo de las recomendaciones de la OMS.

Figura 1. Duracion de la lactancia (meses)



Entre los motivos del cese/abandono de la LM en nuestra investigación (Tabla 2), observamos que entre los tres-cuatro meses se inicia un descenso progresivo en la prevalencia de la LM coincidente con el final de la baja por maternidad, siendo la incorporación al trabajo el motivo más frecuente del cese de la misma. En este trabajo no se exploraron los aspectos socio-económicos en los que se desarrolló la incorporación al trabajo, siendo este un sustrato interesante para futuras investigaciones. La segunda

razón más frecuente para abandonar la LM fue la escasa producción de leche. La hipogalactia, aunque podría deberse a una percepción personal, es la causa más frecuente de cese de la LM en los primeros meses post parto. Otros problemas como la mastitis, las grietas o el dolor, que fueron referidos como motivos de abandono de LM, son problemas que se podrían solucionar, o al menos minimizar, adquiriendo una correcta postura y dando el pecho a demanda.

La mitad de las encuestadas (50,6%) recibieron durante el embarazo una guía de promoción de la lactancia materna orientada para padres y, aunque podría verse afectado por el sesgo de memoria, no existe evidencia suficiente como para establecer la relación entre las muestras de regalo y un periodo de LM más corto, el 43,5% recibieron de obsequio alguna muestra de leche en polvo.

Entre los factores asociados a la instauración de la LME encontramos que la experiencia previa es el principal factor protector. El parto eutócico es el proceso natural de nacimiento que más favorece la LME y aunque el parto instrumental o cesárea no es una contraindicación para la LM debemos centrar nuestros esfuerzos ya que la prevalencia en este grupo es significativamente inferior.

Resultó un factor crucial el tratar el tema de la LM durante los cursos de preparación para el parto en el centro de salud. Basándonos en las respuestas obtenidas de las entrevistas telefónicas, el papel de la matrona es fundamental para la instauración de la LM. Entre sus actividades, la más mencionada por las madres fue el enseñar la correcta posición del niño durante la lactancia y que esto fue un factor decisivo para el mantenimiento de la LM.

Desde una visión retrospectiva observamos que las cifras de niños que reciben LM (exclusiva o mixta) en los últimos decenios aumentó significativamente pero en prevalencia distante de las recomendaciones de la OMS, sobre todo a los seis meses de vida. En este sentido el Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia de la AEPap indica que la mayor parte del apoyo a la lactancia se realiza en Atención Primaria, ya que la estancia en la maternidad es baja, y propone[20] que se implanten medidas de ayuda a la LM en Atención Primaria, se aumente la formación del personal sanitario (médico, enfermería), se promocionen los grupos de apoyo a la lactancia y se impliquen otros miembros de la familia. Además, iniciativas[21] como la necesidad de auspiciar la prolongación de la baja maternal remunerada y prolongada, así como el apoyo materno a la incorporación al trabajo con flexibilidad horaria e implantación de espacios físicos (salas de lactancia) en el puesto de trabajo, etc., son esenciales para la instauración y mantenimiento de la LM. Igualmente, debemos centrar nuestros esfuerzos en las madres que han tenido un parto instrumental o cesárea ya que, a pesar de no ser contraindicaciones para la LM, la prevalencia en estos grupos es significativamente inferior a la de los partos vaginales y, basándonos en las respuestas obtenidas de las entrevistas telefónicas, sería beneficioso potenciar el papel de la matrona, durante los cursos de preparación para el parto en el Centro de Salud.

Podemos concluir que la lactancia materna, por sus beneficios, es el alimento ideal para la salud de los niños y de las madres y se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla, constituyendo la mejor intervención eficiente de salud. Sin embargo, aunque las tasas de LM y la duración de la misma han mejorado sustancialmente, la prevalencia y la duración sigue por debajo de las recomendaciones internacionales por lo que son necesarias políticas de salud pública dirigidas a mejorar a la potenciación de la misma.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no haber contado con ningún tipo de financiación ni presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Este estudio fue presentado como Trabajo Fin Grado (TFG) de Medicina durante el Curso Académico 2018, en la convocatoria de junio, por D. Jesús Enrique Maraña González.

AGRADECIMIENTOS

A las madres que han participado voluntariamente en el estudio.

ABREVIATURAS

AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica), LA (lactancia artificial), LM (lactancia materna), LME (lactancia materna exclusiva), LMX (lactancia mixta: materna más artificial), OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), OMS (Organización Mundial Salud), PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), SERGAS (Servizo Galego de Saúde), UE (Unión Europea).

Anexo1. Encuesta sobre la lactancia

Datos sobre el niño	Fecha de nacimiento Sexo M / F Peso al nacer
Datos sobre la madre	Fecha de nacimiento Número de hijos, incluido el caso 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Experiencia previa en lactancia materna Sí/No
Nivel de estudios	No terminó los primarios Primarios Secundarios Superiores/universitarios
Trabaja fuera del hogar	Sí / No
Fumadora habitual	Sí / No
¿Acudió a clases de educación maternal y preparación al parto? (Esta actividad la imparte la matrona del Centro de Salud) Si la respuesta es afirmativa, recibió "instrucciones" sobre lactancia materna	Sí / No Sí / No
Datos sobre el parto	Centro donde nació el niño CHUS / Rosaleda / Barbanza / Otro Tipo de parto Eutócico / Cesárea programada / Cesárea urgente / Otras distocias
¿Ha recibido alguna guía para padres de promoción de la lactancia materna?	Sí / No
¿Recibió alguna muestra de regalo de lactancia artificial?	Sí / No
Duración del periodo de lactancia	Fecha de abandono de la lactancia materna exclusiva Fecha de abandono de la lactancia materna
Decisión de no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva	Materna / Médico / Otro
Motivos para no iniciar o suspender la lactancia artificial (respuesta múltiple)	Dar el biberón me resulta más cómodo/Dar el pecho me incomoda Producción insuficiente de leche/Me quedé sin leche Incorporación al trabajo Consejo/Indicación del profesional sanitario: Médico Otro motivo: Consejo pareja, familia, amigos, otros Escasa ganancia ponderal Dolor en el pecho, grietas, mastitis El niño dejó de mamar (Rechazo del pecho, pérdida de interés por mamar, el niño se destetó espontáneamente) Estética Enfermedad de la madre Enfermedad del hijo Otros

BIBLIOGRAFÍA

1 Haschke F. Human Milk: Lessons from Recent Research. Ann Nutr Metab 2016; 69 (suppl 2): 5-6.

2 Fewtrell M, Bronsky Y, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis NF, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 64: 119-32.

3 World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Report. 2003; 1-30.

4 Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2

5 Asociación Española de Pediatría [Internet]. AEPED. 2021 [citado 4 enero 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lac.

6 Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe. Public Health Nutr. 2008; 8(1): 39-46.

7 Sacristán Martín A.M., Lozano Alonso J.E., Gil Costa M., Vega Alonso A.T.. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria 2011;13:33-46.

8 Victora C, Bahl R, Barros A et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387: 475-490.

9 Westerfield KL, Kristen Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers Am Fam Physician. 2018; 98(6): 368-373.

10 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer CG on HF in B, Cancer CG on HF in B, Cancer CG on HF in B, Cancer CG on HF in B, Vessey M, Baron J, et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet (London, England). 2002; 360(9328): 187-95.

11 Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2015; 104: 96-113.

12 World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition. [Consultado 5 May 2018]. Disponible en: (www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en).

13 WHO (2015) WHO European Region has lowest global breastfeeding rates. 5 August 2015. [Consultado 1 May 2018]. Disponible en: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates.

14 Bagci Boss AT, Gehrt Eriksen K, Sobko T et al. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. Public Health Nutr 2016; 19: 753-764.

15 García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2000; 2(7): 373-387.

16 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. [Consultado 1 May 2018] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/.

17 Rodicio García MR, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M et al. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. Acta Pediatr Esp 2007; 65: 6-11.

18 González Oya JG, Valls Durán T, Mosquera González E et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. Rev Pediatría At Prim 2008; 10: 603-616.

19 Rodríguez-Pérez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J et al. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. Rev Esp Salud Publica 2017; 91:e1-e9.

20 Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019; 21:191-201.

21 Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres española en relación con la lactancia materna. Rev. Esp. de Salud Pública 2016, 90:e1-e18.

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema.

- La leche materna (LM) es la mejor fuente de alimento para los niños, además de afianzar el vínculo materno-filial y de las ventajas económicas que presenta.
- En los niños está asociado positivamente con el desarrollo cognitivo y con la disminución del riesgo de padecer ciertas enfermedades (obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular) y, en la madre, entre otros beneficios, relación inversa entre lactancia materna y ciertos tipos de cáncer.
- La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva, como la fuente óptima de nutrición infantil, durante los seis primeros meses de vida.

Que aporta este estudio.

- La incidencia está por debajo de las recomendaciones de la OMS siendo la incorporación al trabajo o el cese de la baja por maternidad los principales motivos del cese/abandono precoz de la LM.
- Resultó un factor crucial el tratar el tema de la LM durante los cursos de preparación para el parto siendo el papel de la matrona fundamental para la instauración y el mantenimiento de la LM.
- La prolongación de la baja maternal remunerada y prolongada, así como el apoyo materno a la incorporación al trabajo con flexibilidad horaria e implantación de espacios físicos (salas de lactancia) en el puesto de trabajo, etc., son esenciales para la instauración y mantenimiento de la LM.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 18-20

Decálogo sobre promoción de la salud en Atención Telefónica

Decalogue on health promotion in Telephone Assistance

Estefanía Zardoya Cabo[1]

[1] MÉDICA DE FAMILIA. PAC VIMIANZO. GRUPO DE TRABALLO DE COMUNICACIÓN E SAÚDE DA AGAMFEC

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Estefanía Zardoya Cabo. E-mail: estefania.zardoya@gmail.com

La atención telefónica acaba de irrumpir de forma generalizada en nuestro día a día y por ello es importante que la promoción de la salud, parte fundamental en la Medicina Familiar y Comunitaria, no se quede al margen. Usar herramientas de comunicación nos ayudará a ser más efectiv@s en nuestras intervenciones y también en lo que al abordaje telefónico se refiere.

A pesar del nombre de centros de salud, en ocasiones, la atención de lo urgente e inmediato y el poner el foco en la enfermedad, nos hace perder de vista algo igualmente importante y que el propio nombre de nuestros centros de trabajo apunta, la salud.

Se comenzó a hablar de los grandes determinantes de la salud[1] de los individuos y de las poblaciones (medio ambiente, estilos de vida, biología humana-genética, atención sanitaria), a partir del estudio de Marc Lalonde[2] en 1974. Tras él surgió un informe que continúa vigente donde se constató que intervenir en los estilos de vida y en un medio ambiente más saludable es lo que produce un mayor impacto en términos de morbi-mortalidad. Posteriormente la carta de Otawa[3] en 1986 define la Promoción de la Salud como "El proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore". Se establecen unos prerrequisitos para la salud; cualquier mejora de la salud ha de basarse en ellos: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad.

También en los años 70 el Dr. Campbel publica el estudio de China[4], un estudio colosal en 880 millones de personas, sobre la dieta y la tasa de mortalidad por cáncer en más de 2.400 provincias chinas y sus implicaciones para la nutrición y la salud.

En 2011, el British Medical Journal de la mano de Machteld Huber y el resto de su equipo, plantea una pregunta al mundo ¿cómo podríamos definir la salud?[5] y proponen una reconceptualización de la misma por considerar que la definición de la Organización Mundial de la Salud desde 1948 como *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*, pudiera resultar incluso contraproducente a medida que las poblaciones envejecen y el patrón de enfermedades cambia, por favorecer la medicalización de la sociedad y la tecnificación de la atención sanitaria surgiendo la iatrogenia como causa importante de morbi-mortalidad.

Redefinir la salud era un objetivo ambicioso y complejo; hubo muchos aspectos que debieron tenerse en cuenta y tuvo lugar una discusión de expertos que propició un amplio apoyo para pasar de la actual formulación estática, hacia una más dinámica pasando a definirse la salud como *la habilidad de las personas o las comunidades para adaptarse y autogestionar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presenten en la vida*. Por lo tanto se trata de algo que podemos aprender y que es momento de tener en cuenta.

Si bien la **comunicación telefónica** permite una puesta en contacto de personas a distancia y puede ser una herramienta útil, no sustituye a la comunicación presencial aunque puede complementarla. Es importante tener en cuenta[6] que en ocasiones pueden existir barreras físicas (ruido ambiental, transmisión distorsionada, etc…) o barreras psíquico-cognitivas propias del paciente (prisa, prejuicios de experiencias anteriores, capacidad de comprensión, idioma, etc…), sesgos del profesional sanitario (estado anímico, presión asistencial…) que condicionan una comunicación idónea. Por ello es importante prepararnos para minimizar las dificultades y poder aprovechar al máximo su potencial:

1. ***Explora cómo te sientes***, siéntate en una postura cómoda, con el cuerpo relajado, haz una o dos respiraciones profundas y asegúrate de que dispones de un tiempo sin interrupciones para poder estar totalmente presente para la persona al otro lado del teléfono.

Cabe tener en cuenta que para abordar la promoción de la salud de manera telefónica ayudará haber establecido previamente, de forma presencial, una relación adecuada entre la/el profesional y la/el usuari@, basada en la confianza y respeto mutuos. También es importante señalar que no se trata de manejar este decálogo como un cuestionario sino como una guía de ayuda

 Autor para correspondencia: estefania.zardoya@gmail.com

en consulta, para ir trabajando áreas según las necesidades de cambio de hábitos que detectamos, y sabiendo además, que se podrá completar este abordaje telefónico con uno presencial siempre que sea necesario .

2. Mantén una ***escucha activa***, da espacio a los silencios, no interrumpas, cuida la entonación, usa una pronunciación inteligible y una velocidad adecuada a lo largo de la conversación. Un tono monocorde, puede provocar desconfianza y una sensación de desinterés percibida por el interlocutor. Tal vez te ayude enfocarte de este modo:

a Presentación y acogida . . . . . .Tono cálido.
b Sondeo de necesidades . . . . . .Tono seguro.
c Interrogatorio dirigido. . . . . .Tono seguro.
d Comunicación de respuestas . . . . .Tono sugerente.
e Despedida . . . . . .Tono cálido.

3. ***Preséntate, identifica al interlocutor/a***, comprueba que sea un buen momento para establecer la comunicación, asegúrate de que te escucha sin interferencias y de que dispone de tiempo para atenderte.

4. ***Interésate por su estado*** y el de su red de ayuda mutua.

5. ***Explícale que se trata de una consulta orientada a la educación sanitaria y promoción de la salud***[1] y comprueba que es de su interés. Inicialmente se trataría de ir abordando con curiosidad áreas de interés y/ o generando la necesidad en cambios de hábitos que sabemos, a veces ya de antemano, por el histórico del paciente, que necesitan de nuestra intervención.

—¿Le interesaría que hablemos unos minutos de qué cosas puede hacer usted por preservar su salud?

—¿Qué hábitos cree que son adecuados para su salud?

—¿Ve relación entre su estilo de vida y hábitos y sus malestares?

6. Si la respuesta es negativa, puedes ***expresar tu iniciativa*** de que las personas se conviertan en actuantes de sus procesos y no en simples pacientes. ***Pasar de ser reactivxs a proactivxs***. Se puede dejar la primera intervención aquí y programar futuras intervenciones más adelante para ver si cambia la percepción de necesidad por parte de la persona.

—Hay cosas que usted puede hacer para cuidarse, preservar su calidad de vida y hacer que el sistema inmune que le protege funcione mejor.

—Algunos hábitos le ayudarán a mejorar su salud pero si en este momento no le viene bien podemos dejarlo para más adelante.

—¿Qué le parecería aprender algunas cosas para mejorar su salud y comprobar lo que ya está haciendo en esta dirección?

Si la respuesta es positiva se explorarían las áreas de interés, puede facilitarnos el seguir un orden:

7. ***Exploración de la dimensión física:*** Indaga sobre los hábitos de vida y conocimientos de la persona. Explora sus creencias y las condiciones físicas que determinan la masticación, la absorción de los alimentos, fármacos, lugar de residencia. Pregunta sobre aspectos nutricionales[7,8] específicos incluyendo consumo de alimentos que contengan proteínas de alto valor biológico, micronutrientes (Se, Zn, Mg), omega 3, vitamina D, actividad física, biorritmos e hidratación adecuada. Explora también la presencia de hambre emocional y la presencia o exacerbación de hábitos tóxicos y nivel socioeconómico para adaptarte a sus posibilidades.

—¿Le parece importante una buena alimentación para mantener la salud y recuperarse de la enfermedad?

—¿Cómo es para usted una alimentación saludable?¿Come a veces por aburrimiento o ansiedad?¿Qué otra cosa podría hacer para calmarse?

—¿Cuántas veces come fruta y verdura al día?¿Consume carne, pescado azul, huevos, frutos secos?¿Hay algún motivo por el que no lo haga?

—¿Se acuerda de beber entre las comidas? ¿Cómo sabe si tiene sed?

—¿Le da la luz del sol en algún momento del día? ¿Cree que puede ser importante?

—¿Cuántos minutos camina al día? ¿Alguna vez sube y baja escaleras? ¿Hace ejercicios con los brazos y los hombros?¿Tiene alguna limitación a la hora de hacer ejercicio?¿Le parece importante mantenerse activ@?

-¿Cómo es su relación con los dispositivos electrónicos? ¿A qué hora usa pantallas por última vez en el día?

8. ***Exploración de la dimensión cognitiva, emocional y social***[9]: Existe evidencia científica del papel de las emociones sobre todo en el área de la oncología pero también se ha visto que los estados emocionales disonantes aumentan el tiempo de cicatrización de heridas.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que todos experimentamos a diario aunque no siempre seamos conscientes de ello. Son de carácter universal, bastante independientes de la cultura y generan cambios en la experiencia afectiva, en la

activación fisiológica y en la conducta expresiva. Surgen ante situaciones relevantes que implican una interpretación cognitiva de peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad…y nos preparan para poder dar una respuesta adaptativa a esa situación.

Será importante conocer el estado emocional de la persona y favorecer un espacio de expresión y ventilación emocional si lo requiere. Para ello daremos espacio a los silencios y prestaremos atención al paralenguaje. Podremos utilizar escalas de 0 a 10 para ayudarnos a cuantificar la intensidad de la emoción.

—Entiendo que se siente culpable, si 0 fuese sin culpa y 10 totalmente culpable, ¿qué número se daría en su caso?

—¿Cómo está durmiendo esta temporada? ¿Le cuesta conciliar el sueño?¿Se despierta con energía?

—¿Hay algo que le preocupe?¿Tiene pensamientos negativos que se repiten?¿Qué cree que necesitaría para sentirse mejor?

—¿Tiene a quién recurrir si lo necesita?¿Se le ocurre alguien que pueda ayudarle?¿Cómo calificaría su grado de satisfacción con sus relaciones sociales del 0 a 10?

—¿Cree que se puede aprender algo de esta situación?¿Es capaz de verle algún aspecto positivo a lo que está viviendo?

—¿Qué hace cuando se siente enfadad@?¿Qué recursos utiliza cuando siente una emoción que le incomoda?¿Conoce a alguien que use algún recurso que crea que le puede ayudar a usted a afrontar esta situación?

9. ***Exploración de la dimensión espiritual***[10]: La espiritualidad es un movimiento de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido, hacia el entorno en búsqueda de conexión y hacia el más allá en búsqueda de trascendencia.

—Me gustaría incluir también lo que llamamos la dimensión espiritual del ser humano, aspectos íntimos pero que son importantes en un abordaje integral en salud, siéntase en total confianza de no responder o incluso de demorar su respuesta a otro momento en el que se sienta más preparad@, ¿de acuerdo?

—¿Qué opina sobre la muerte? ¿Qué sentimientos le genera?¿Cómo la ve en el contexto de su vida?¿Tiene alguna creencia religiosa o de otra índole?

—¿Cuál es su para qué de levantarse cada mañana?

—¿Qué es lo que más le gusta hacer en el mundo?

—¿Cuáles son sus personas de confianza para tomar decisiones sobre usted si se viera en el caso de no poder tomarlas usted mism@?

Estas dos últimas dimensiones, de no ser posible la comunicación presencial en ningún caso, se explorarán por videollamada como primera opción sobre la comunicación telefónica convencional.

10. ***La autopercepción de salud***[11,12] se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud. Estudios longitudinales han demostrados que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva. Además la autopercepción de salud tiene una relación con la mortalidad independiente del nivel objetivo de salud.

—Para terminar, ¿cómo diría que es su estado de salud? Malo, regular, bueno, muy bueno o excelente.

BIBLIOGRAFÍA

1 Villar Aguirre Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med. Per. 28(4) 2011.
2 Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
3 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf.
4 T. Colin Campbell, Thomas M. Campbell. El estudio de China. Editorial Sirio.1970. ISBN 978-1-935618-81-2.
5 Huber Machteld, Knottnerus J André, Green Lawrence, Horst Henriëtte van der, Jadad Alejandro R, Kromhout Daan et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
6 López FJ, Otal C. La consulta telefónica: Organización en atención primaria. Cad Aten Primaria. 2003. 10:258-360.
7 Marcos A, Nova E, Montero A. Changes in the immune system are conditioned by nutrition. Eur J Clin Nutr , 2003; 57(1): S66 S69.
8 Segurola Hegoi et al. Nutrientes e inmunidad. Nutrición Clínica en Medicina vol. X, número 1, 2016, pp. 1-19.
9 Waldinger RJ The Long Reach of Nurturing Family Environments : Links With Midlife Emotion Regulatory Stylesand Late Life Security in Intimate Relationships. Psychol Sci 2016 Nov;27(11):14431450. Epub 2016 Sep 15.
10 E. Benito, M. Dones, J. Babero. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Psicooncología. Vol. 13, Núm. 2 3, 2016, pp. 367 384.
11 Kaplan G, Bavell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults.J Gerontol, 43 (1988), pp. 1145-1205.
12 Mosey JM, Shapiro E. Self-rated health: predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health, 72 (1982), pp. 800-808.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 21-24

Variación estacional en patología oftálmica

Seasonal variation in ophthalmic pathology

Carlos Sevillano Torrado[1], Verónica Rodríguez López[2]

[1] MÉDICO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL DO SALNÉS
[2] MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE CAMBADOS. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Verónica Rodríguez López. Email: vero.rguez@gmail.com

Palabras clave: estacionalidad, variación anual, oftalmología, clima.
Keywords: seasonality, year-to-year variation, ophthalmology, climate.

De entre el amplio abanico de enfermedades que presenta la oftalmología, muchas de ellas siguen un patrón cíclico, con diferentes incidencias según la estación del año. Ello se debe, en su gran mayoría, a factores climáticos (que es obvio que varían a lo largo de los meses) pero también a otros factores externos como son el deporte, el estrés o la ingesta calórica.

Conociendo bien qué patología aumenta en invierno o en verano, nos ayudará a enfocar el diagnóstico y también a promover una prevención primaria y secundaria de la misma, adoptando medidas preventivas según la época del año.

Dado que el principal factor externo que modifica estas enfermedades es el clima, debemos hacer una reseña del nuestro. El clima gallego, de modo global, podría considerarse, de acuerdo a la clasificación climática de Köppen[1], un clima oceánico de tipo Csb (de verano suave), pero sabemos que presenta zonas diferenciadas entre la costa y el interior (clima oceánico de transición, clima oceánico de verano cálido Csa, clima continental) o entre las Rías Altas y las Rías Baixas. También se considera una comunidad lluviosa (en Pontevedra, registros de 1 691 mm anuales (L/m^2 anuales)) asociadas una cierta aridez en verano (fuente: climate-data.org; AEMET (Agencia Estatal de Meteorología)). Es, por ello, muy importante, al comparar unos artículos con otros, observar el territorio de estudio: un verano en la India no corresponde a un verano en Europa del norte (va de Marzo a Mayo), ni en clima ni en meses de duración.

Las principales variables atmosféricas a tener en cuenta son la radiación solar y la temperatura. Las oftalmoheliosis, que así se denomina a aquellas patologías oculares relacionadas con el sol, abarcan un grupo de enfermedades con diferente relación con la radiación solar[2,3]. Típicamente se habla de lo nocivo que es la radiación ultravioleta B (UV B), que se sitúa en longitudes de onda más bajas que el espectro de luz visible, aunque lo cierto es que la UV A también daña los tejidos[2].

Se reconoce el riesgo de dicha radiación B para padecer pterigium/pinguécula , cataratas corticales, la degeneración macular, el desprendimiento de retina regmatógeno (DRR), la neoplasia conjuntival, el melanoma (palpebral y conjuntival) y la retinopatía solar[2-5]. Es, asimismo, un factor relacionado con los carcinomas palpebrales y otras lesiones dermatológicas como la queratosis seborreica y el léntigo solar palpebrales[6].

Sin embargo, como este factor nocivo ejerce un daño acumulativo, estas patologías no sufren cambios estacionales. De entre ellas, solamente el DRR presenta un aumento estival (figura 1)[5], resultando en nuestro hospital una casuística de 35% verano, 23% primavera, 21% otoño y 21% invierno.

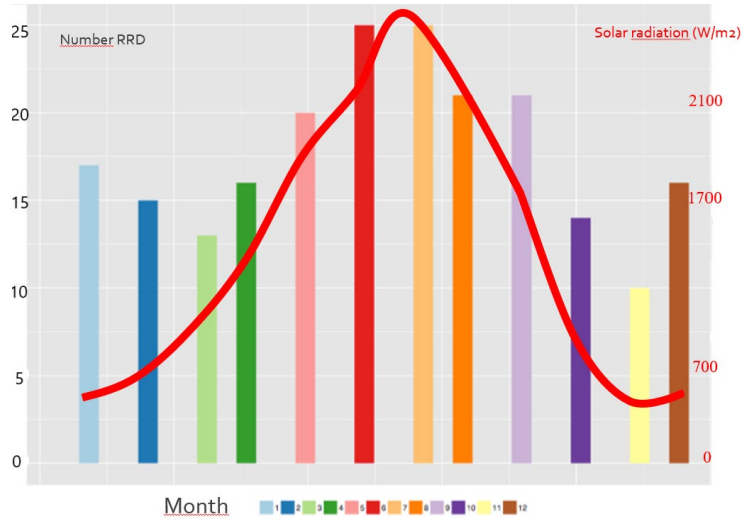
De un modo indirecto, la falta de luz solar también implica patología oftalmológica: la hipovitaminosis D, recientemente relacionada con la retinopatía diabética en diabetes tipo 1, hace que ésta sea más frecuente en invierno [7]. También se ha detectado un aumento de glaucoma de ángulo cerrado en invierno[8] , porque la reducción en horas de luz implica un aumento de horas de midriasis pupilar (que favorece el cierre angular).

Qassim et al, en su revisión de 2017[4], señala diversas las enfermedades que se ven afectadas por la estacionalidad. En invierno hay un aumento de degeneración macular exudativa y oclusiones venosas retinianas quizás por vasoconstricción. Las celulitis orbitarias también, probablemente por aumento de los patógenos responsables que se encuentran en vías respiratorias altas como pneumococo o H. influenzae.

En el verano se incrementan los casos de queratitis fúngicas o algunos serotipos de conjuntivitis adenovíricas [4], seguramente por un aumento de la humedad relativa y/o el uso de lentes de contacto en piscina y mar.

Autor para correspondencia: vero.rguez@gmail.com

Figura 1. Distribución anual de DRR en nuestra área, y relación con radiación solar (línea roja)



Desde otro punto de vista, la miopía simple parece tener también un patrón de crecimiento estacional [9,10]. Lo que sí está demostrado es que cada hora semanal que se incrementa el juego de los niños al aire libre, se asocia con un 2% de reducción de riesgo de miopía[11].

Otros factores indirectos influyen en la cadencia anual. Por ejemplo, el aumento de la actividad al aire libre en los meses cálidos hace que repunten los DR traumáticos y las fracturas orbitarias[12,13].

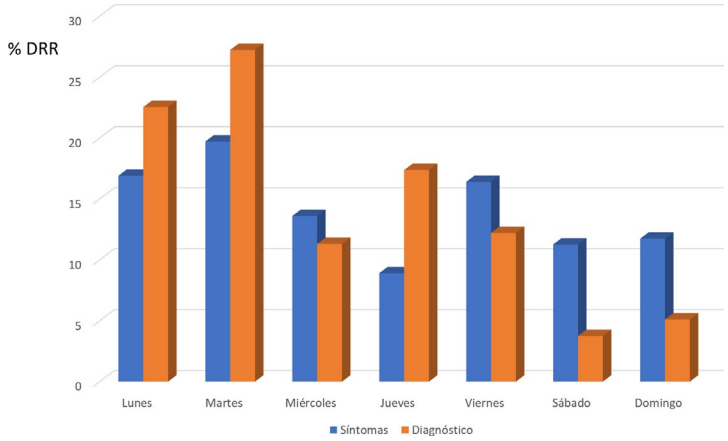
En primavera podría haber un repunte de los DR serosos/exudativos debidos a un aumento de coroiditis serosa central, asociada a un aumento de estrés cuya actividad hormonal es conocida entre aquellos sujetos con personalidad tipo A, predispuestos a esta patología[14].

También es conocida la mayor ocurrencia de varicela, queratitis herpética y otras inflamaciones de este virus (uveítis herpética, necrosis retiniana aguda…), en las estaciones con menor temperatura[15]. Se postula si es debido a una inmunodepresión relativa asociada a la inclemencia del frío, o por una mayor carga viral en estos meses.

En invierno y primavera aumentan los casos de ojo seco [16]: si bien no está claro su causa y se habla de un cambio en el patrón de alergenos como mohos y esporas, se cree que el uso de calefacciones y derivados pueda tener que ver. El ojo seco hiposecretor, sin embargo, empeora en verano fruto de un aumento de evaporación de la lágrima[4].

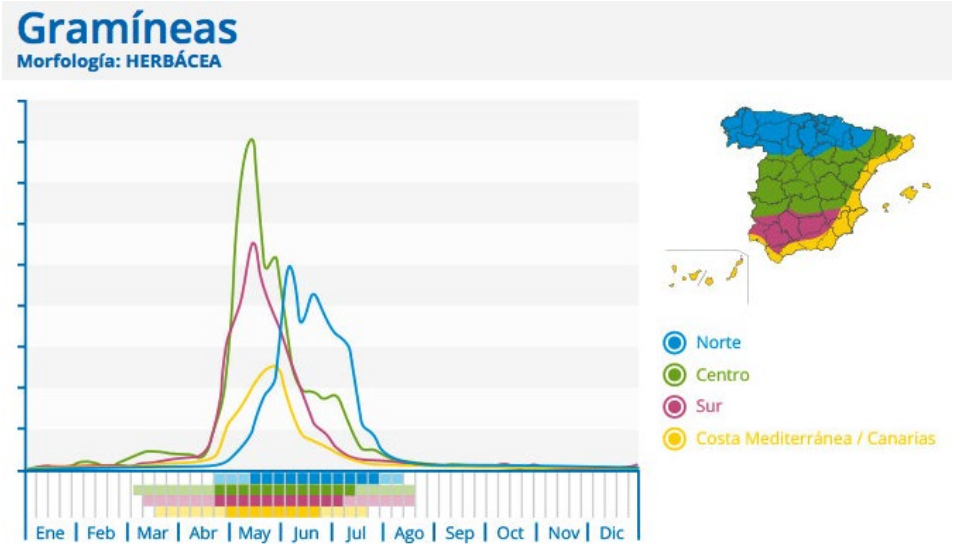
Hay factores laborales que pueden interferir en estos patrones cíclicos: hablando de DRR (figura 2), la aparición de los síntomas es bastante regular durante la semana (lógico, puesto que la radiación solar no entiende de lunes, miércoles o festivo). Sin embargo, sí que encontramos agrupamiento en la fecha de diagnóstico: prácticamente la mitad se diagnostican en lunes y martes, en detrimento de sábado y domingo. Esto es comparable con el único estudio del que tenemos conocimiento que estudiara este comportamiento[17], con una distribución de diagnóstico idéntica, y probablemente debido al "weekend effect" donde no hay oftalmólogos de presencia en el fin de semana. De hecho, se operan antes aquellos DRR diagnosticados un domingo que los realizados un viernes, de modo que presentan mejor pronóstico las retinas desprendidas a principio de semana.

Figura 2. Agrupamiento semanal de los DRR, en aparición de síntomas y en diagnóstico



Por último, podemos encontrar variación estacional según el calendario polínico, habiendo más casos de patología alérgica (en nuestro medio) en primavera y comienzos de verano, como se ve en la figura 3 para gramíneas[18]. Ello incluye, además de conjuntivitis alérgicas, queratoconjuntivitis atópicas y queratocono[19]. Esta variación es más palpable en jóvenes/niños, puesto que los adultos sufren formas crónicas que se tornan más perennes[18].

Figura 3. Distribución estacional de polen de gramíneas en España 2016. Red Española de Aerobiología



Se desconoce la causa de que la presión intraocular sea mayor en invierno[20], quizás debido a la influencia de la melatonina y el equilibrio estrogénico sobre la producción de humor acuoso[4]. Del mismo modo resulta extraño que las neuropatías óptico-isquémicas sean más frecuentes en verano[21], habida cuenta que los eventos cardiovasculares sistémicos (y éste no deja de serlo) suelen asociarse a temperaturas bajas y a más ocurrencia en invierno[22].

En la tabla 1 se resume por estaciones las patologías predominantes. Para facilitar su comprensión, en rojo se indican aquellas que entran en el diagnóstico diferencial de ojo rojo, y en verde aquellas que se presentan en consulta como pérdidas agudas de visión indolora".

Tabla 1. Estaciones y patologías

Invierno	Primavera	Verano
RD	CSC	
Glaucoma agudo	Espectro alérgico	
Glaucoma crónico		DRR
DMAE		Queratitis fúngica/adenovírica
Oclusiones venosas		NOIA
Celulitis orbitarias		
Espectro herpes		
Ojo seco		

CSC: coroidopatía serosa central; RD: retinopatía diabética; NOIA: neuropatía óptico-isquémica anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1 Köppen W. Classification of climates according to temperature, precipitation and seasonal cycle. Petermanns Geogr Mitt 1918: 193-203.

2 Cullen AP. Ozone deplection and solar ultraviolet radiation:ocular effects, a United Nations Enviroment Programme Perspective. Eye and contact lens, July 2011, Volume 37: 4: 185-90.

3 Hu L, Gao Q, Gao N, Liu G, Wang Y, Gong H, et al. Solar UV exposure at Eye is different from enviromental UV:diurnal monitoring at different rotation angles using a manikin. Journal of Occupational and Enviromental Hygiene, Jan 2013, 10: 17-25.

4 Qassim A, Viki M, Ng SK, Jersmann H, Casson RJ. Climate and season: the effects on ophthalmic diseases. Clin Exp Ophthalmol. 2017 May; 45(4): 385-39.

5 Sevillano Torrado C, Viso E, Moreira S, Blanco MJ, Gude F. Rhegmatogenous retinal detachment and solar radiation in northwestern Spain Ophthalmologica. 2020; 243(1): 51-57.

6 Kavak A, Parlak AH, Yesildal N, Aydogan I, Anul H. Preliminary study among truck drivers in Turkey: effects of ultraviolet light on some skin entities. J Dermatol. 2008 Mar; 35(3): 146-50.

7 Lopes M , Laiginhas R , Madeira C , Neves JS , Barbosa M, Rosas V, et al. Association between Serum Vitamin D and Diabetic Retinopathy in Portuguese Patients with Type 1 Diabetes. Acta Med Port 2020 Jul 1; 33(7-8): 459-465.

8 Zhu J, Xu Y, Wang H, Liu D, Zhu J, Wu H. The Seasonality of Acute Attack of Primary Angle-Closure Glaucoma in Beijing, China. Sci Rep. 2018 Mar 5; 8(1): 4036.

9 Rusnak S, Salcman V, Hecova L, Kasl Z. Myopia Progression Risk: Seasonal and Lifestyle Variations in Axial Length Growth in Czech Children. J Ophthalmol. 2018 Mar 6; 2018: 5076454.

10 Mandel Y, Grotto I, El-Yaniv R, Belkin M, Israeli B, Polat U, et al. Season of birth, natural light, and myopia. Ophthalmology. 2008 Apr; 115(4): 686-92.

11 Sherwin JC, Reacher MH, Keogh RH, Khawaja AP, Mackey DA, Foster PJ, et al. The Association between Time Spent Outdoors and Myopia in Children and Adolescents. A Systematic Review and Meta-analysis. Ophthalmology 2012; 119 (10), 2141-51.

12 Gout I, Mellington F, Tah V, Sarhan M, Rokerya S, Goldacre MJ, et al. Retinal Detachment - An Update of the Disease and Its Epidemiology - A Discussion Based on Research and Clinical Experience at the Prince Charles Eye Unit, Windsor, England, Advances in Ophthalmology 2012; 341-356.

13 Mansour AM, Hamam RN, Sibai TA, Farah TI, Mehio-Sibai A, Kanaan M. Seasonal variation of retinal detachment in Lebanon. Ophthalmic Res. 2009; 41: 170-174.

14 Kida T, Kobayashi T, Sato T, Fukumoto M, Ikeda T. Seasonal Variation in Japanese Central Serous Chorioretinopathy. Ophthalmologica. 2018; 240(3): 150-156.

15 Hedayatfar A, Khorasani MA, Behnia M, Sedaghat A. Seasonality of Acute Retinal Necrosis. J Ophthalmic Vis Res 2020 Feb 2; 15(1): 53-58.

16 Kumar N, Feuer W, Lanza NL, Galor A. Seasonal Variation in Dry Eye. Ophthalmology. 2015 Aug; 122(8): 1727-9.

17 Vail D, Pan C, Pershing S, Mruthyunjaya P. Association of Rhegmatogenous Retinal Detachment and Outcomes With the Day of the Week That Patients Undergo a Repair or Receive a Diagnosis. JAMA Ophthalmol. 2019 Dec 19.

18 Deiner MS , McLeod SD, Chodosh J, Oldenburg CE , Fathy CA , Lietman TM, et al. Clinical Age-Specific Seasonal Conjunctivitis Patterns and Their Online Detection in Twitter, Blog, Forum, and Comment Social Media Posts. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2018 Feb 1; 59(2): 910-920.

19 Hida T, Tano Y, Okinami S, Ogino N, Inoue M. Multicenter retrospective study of retinal detachment associated with atopic dermatitis. Jpn J Ophthalmol. 2000 Jul-Aug; 44(4): 407-18.

20 Kuze M, Ayaki M, Yuki K, Kawashima M, Uchino M, Tsubota K, et al. Seasonal variation of intra-ocular pressure in glaucoma with and without dry eye. Sci Rep 2020 Aug 18; 10(1): 13949.

21 Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B. Nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy: time of onset of visual loss. Am J Ophthalmol 1997 Nov; 124(5): 641-7.

22 Claeys MJ, Rajagopalan S, Nawrot TS, Brook RD. Climate and environmental triggers of acute myocardial infarction. Eur Heart J 2016.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 25-27

Rastreando el COVID-19

Searching for COVID-19

Guillermo José Lorenzo González[1], Rubén Níñez Lorigados[2], José Andrés Agulla Budiño[3]

[1] COORDINADOR DO GRUPO DE TRABALLO DE ATENCIÓN Á INFANCIA DA ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA (AGAMFEC).FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA. SERVICIO DE URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. (CHUF). EMAIL: GUILLERMO.LORENZO.GONZALEZ@SERGAS.ES. ORCID: 0000-0001-5843-9209

[2] MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE SERANTES. CHUF. EMAIL: RUBEN.NINEZ.LORIGADOS@SERGAS.ES

[3] JEFE DE SERVICIO. SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA. CHUF. EMAIL: JOSE.ANDRES.AGULLA.BUDINO@SERGAS.ES

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Guillermo José Lorenzo González. Email: guillermo.lorenzo.gonzalez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Paciente de 10 años con antecedente de epilepsia acude a urgencias en Junio de 2020 por episodios recurrentes similares a crisis parciales previas, aunque refractarios a tratamiento habitual, por lo que se decide su ingreso hospitalario. Siguiendo el protocolo del área sanitaria, se realiza una PCR para COVID-19 en exudado nasofaríngeo (resultado negativo) además de una serología para anticuerpos anti-COVID-19 (resultado: de IgM negativa e IgG positiva). Tanto el paciente como los convivientes se encuentran asintomáticos al ingreso.

Durante la anamnesis, la madre refiere un cuadro de infección de vía aérea superior que afectó a ella, al paciente y a otra hija, a finales de marzo. Cinco días antes del inicio del cuadro se había decretado el estado de alarma en España y la familia respetó adecuadamente el confinamiento. El padre fue el único en seguir acudiendo presencialmente a trabajar en una pequeña empresa junto a otro empleado, ambos asintomáticos en todo momento.

DIAGNÓSTICO

Tras el resultado de IgG-COVID-19 positiva en el paciente, se realizó un estudio serológico del núcleo familiar presentando los otros tres convivientes IgG e IgM negativas para COVID-19. Previamente, la hermana y el padre habían participado en el estudio de seroprevalencia realizado por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, con resultados negativos en el test capilar (figura 1).

Aunque los antecedentes clínicos y la serología con IgG positiva al ingreso sugerían un brote en el núcleo familiar de enfermedad por COVID-19 a finales de Marzo, las sucesivas serologías y PCRs negativas parecían contradecir dicha hipótesis.

CONCLUSIÓN

La aparición de la COVID-19 ha supuesto reto sanitario a nivel global. Desde un desconocimiento inicial casi absoluto de la enfermedad, la aparición progresiva de evidencia científica ha venido aportando algo de luz en esta "tormenta perfecta" epidemiológica, aunque persisten numerosas incógnitas por desvelar.

Actualmente se asume que la infección por SARS-CoV2 cursa a menudo de forma asintomática, o con síntomas leves e inespecíficos, especialmente en niños y jóvenes (1). Sabemos además que la seroconversión tiene lugar típicamente a los 10-12 días del inicio de los síntomas para la IgM y a los 12-14 para la IgG (2, 9) (figura 2).

Sin embargo, se desconoce la relación entre la presencia de anticuerpos y el desarrollo de inmunidad frente a la COVID-19, así como la duración de la misma (3,4,5,7). También se han reportado (de forma aislada) reacciones cruzadas con proteínas de otros coronavirus "no-COVID-19" ocasionando falsos positivos (6), especialmente con los primeros tests antigénicos (8). La especificidad descrita por el fabricante para el kit diagnóstico específico para COVID-19 utilizado en este estudio es del 99% en pacientes con PCR previas negativas. La posibilidad de una reacción "cruzada" con otro tipo de coronavirus o de transposición de muestras en laboratorio aunque posibles, parecían muy poco probables.

En el núcleo familiar estudiado sólo uno de los cuatro miembros ha presentado evidencia de contacto con COVID-19 (IgG positiva), pero tres habían presentado un cuadro clínico compatible con la enfermedad de manera simultánea durante confinamiento de marzo. En aquel "momento epidemiológico", la circulación del virus de la gripe y de otros virus respiratorios se consideraba anecdótica en nuestra área sanitaria, según los reportes del servicio de microbiología. Aunque no podemos asegurar con

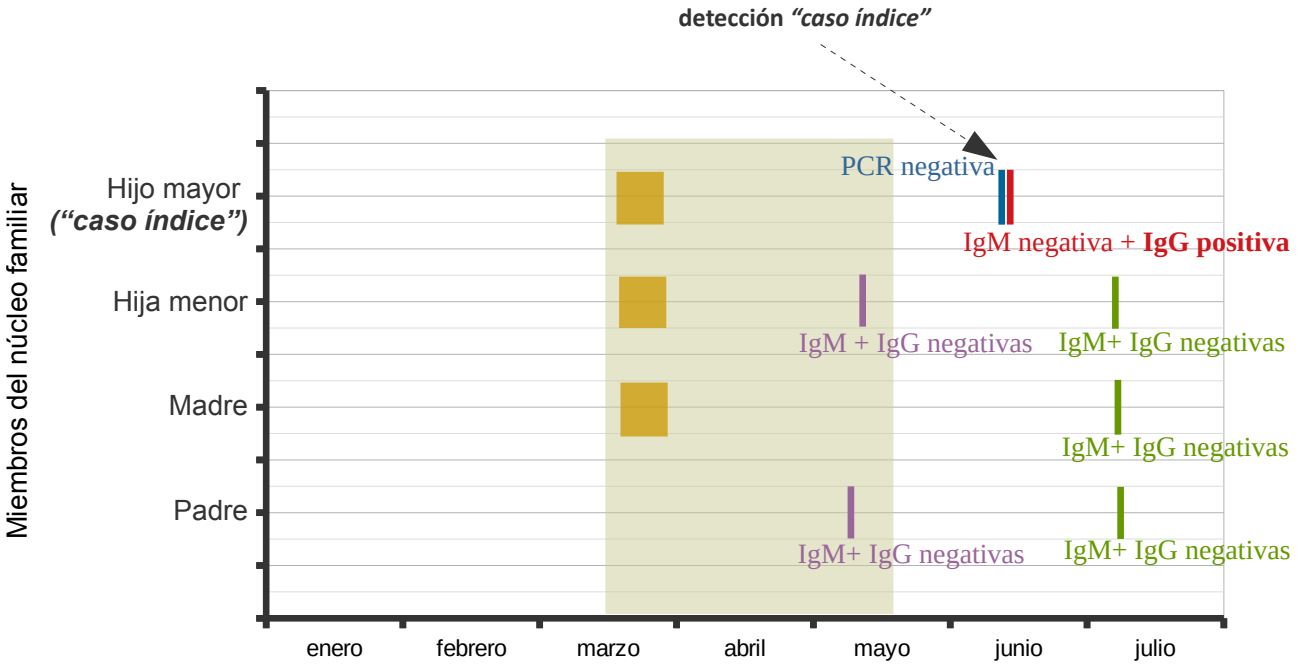
Autor para correspondencia: guillermo.lorenzo.gonzalez@sergas.es

absoluta certeza que el cuadro surgido durante el confinamiento en esta familia no se haya originado por algún germen distinto al COVID-19, la tendencia epidemiológica sí parece sugerirlo.

En definitiva: este trabajo evidencia dificultades para establecer diagnósticos certeros en el rastreo de pacientes COVID y sus contactos, en la interpretación de resultados, así como la necesidad de evidencias científicas que ayuden a comprender la enfermedad por COVID-19.

Se dispone del consentimiento informado de los representantes legales del "paciente cero" (menor de edad), así como de su hermana (también menor).

Figura 1. Evolución temporal de los resultados de las pruebas serológicas realizadas a los miembros del núcleo familiar



= Confinamiento domiciliario por Estado de Alarma.

= Período sintomático en núcleo familiar.

= Test capilar IgM + IgG: "*screen test covid-19" by SCREEN ITALIA®; ref INCP-402S.*

Resultados:
Padre: anticuerpos totales COVID-19 IgM NEGATIVO + IgG NEGATIVO
Hija menor: anticuerpos totales COVID-19 IgM NEGATIVO + IgG NEGATIVO

= Test serológico (inmunodifusión): "*COVID-19* IgM + IgG monotest" by *VIRCLIA®; ref VCM098.*

Resultados:
Hijo mayor: IgM NEGATIVO + **IgG POSITIVO**

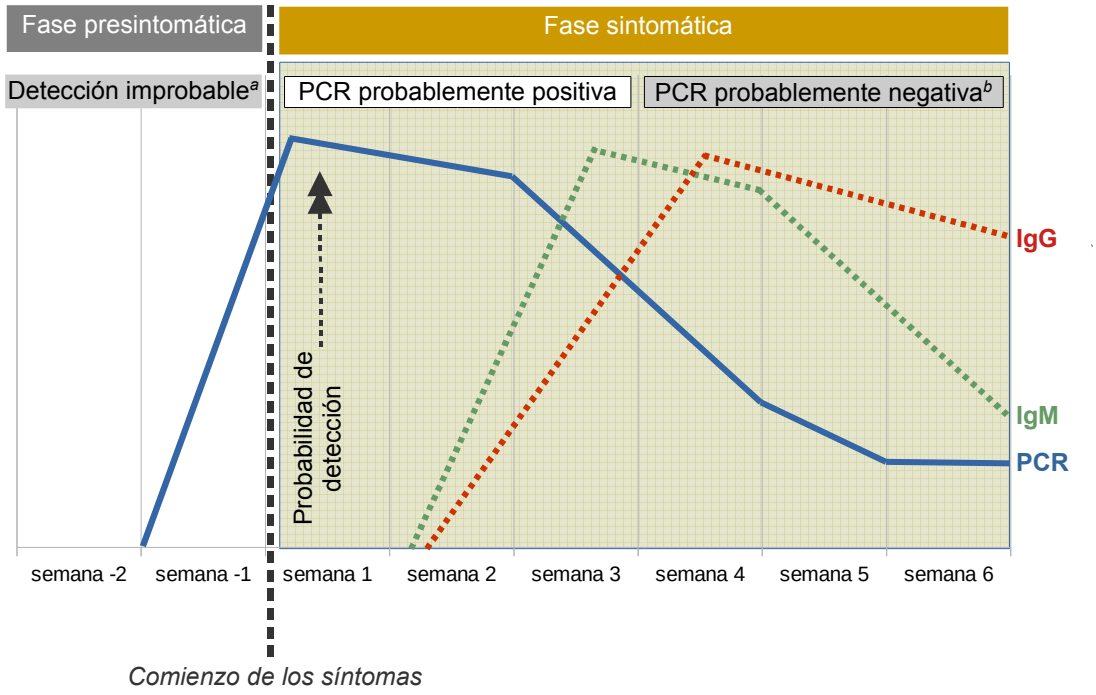
= Test serológico IgG anti-coronavirus Covid-19 (CLIA): *"SARS-CoV-2 S1/S2 IgG test" by LIAISON®; PRNT90.*

Resultados:
Padre NEGATIVO
Madre NEGATIVO
Hija menor NEGATIVO

= PCR COVID-19 en exudado nasofaríngeo.

Resultados:
Hijo mayor: NEGATIVO

Figura 2. Probabilidad de detección estimada en el tiempo para los diferentes test[7]



Los intervalos de tiempo y rangos de detección viral están basados en datos de diversos estudios publicados. Debido a la variación entre los valores de los diferentes estudios, los intervalos de tiempo estimados deberían interpretarse como "aproximados" y la probabilidad de detección del virus se presenta en el gráfico de forma cualitativamente.

(a) La detección sólo ocurre si los pacientes son monitorizados activamente desde el momento de la exposición

(b) La probabilidad de obtener un resultado negativo por PCR es mayor que la de obtener un resultado positivo

BIBLIOGRAFÍA

1 A. Hoang et al. COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. E. ClinicalMedicine (2020). https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100433.

2 R. Peelinget al. Serology testing in the COVID-19 pandemic response. Lancet Infect Dis (2020). https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30517-X.

3 Qu J, Wu C, Li X, et al. Profile of IgG and IgM antibodies against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Clin Infect Dis (2020); https://DOI:10.1093/cid/ciaa489.

4 Phelan A. COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable, and legal challenges. Lancet (2020); 395: 1595-98. doi: org/10.1016/S0140-6736(20)31034-5.

5 Altmann DM, Douek DC, Boyton RJ. What policy makers need to know about COVID-19 protective immunity. Lancet (2020); 395: 1527-29. doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30985-5.

6 Patrick DM, Petric M, Skowronski DM, et al. An outbreak of human coronavirus OC43 infection and serological cross-reactivity with SARS coronavirus. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2006;17(6):330-336. https://doi.org/10.1155/2006/152612.

7 Nandini Sethuraman; Sundararaj Stanleyraj J., Akihide Ryo. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. JAMA. 2020; 323 (22) 2249-2251 doi:10.1001/jama.2020.8259.

8 Krüttgen a. ET AL. Comparison of four new commercial serologic assays for determination of SARS-CoV-2 IgG. J Clin Virol 2020;128. doi:10.1016/j.jcv.2020.104394.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páx. 28

Vigilancia continua en el paciente anticoagulado y politraumatizado

Continuous surveillance in the anticoagulated and polytraumatized patient

María Goretti Buceta Eiras[1], Antía Domínguez Rodríguez[1], América Elisabeth Álvarez Pérez[1]

[1] MÉDICO ASISTENCIAL 061 GALICA, EN LA BASE DOBLE OURENSE, HOSPITAL CRISTAL

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Goretti Buceta Eiras. E-mail: gorettibuceta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Paciente de 79 años, anticoagulado por una arritmia supraventricular con alto grado de bloqueo aurículo-ventricular, portador de marcapasos, hipertenso, diabético no insulino-dependiente y dislipémico; que presenta caída desde un árbol, de una altura aproximada de tres metros, mientas estaba podando. Niega sensación de mareo o dolor torácico previo a la caída, comenta que resbaló en la escalera en la que estaba apoyado.

DIAGNÓSTICO

A la llegada del personal de emergencias lo encuentran sentado, sin hallazgos físicos y neurológicos de interés, únicamente una ligera molestia a nivel paravertebral derecho.

Se traslada al hospital de referencia para valoración, donde se realizan pruebas complementarias de rutina: analítica con hemograma, bioquímica y coagulación (presentaba un INR de 1.65), TC craneal-torácico-abdominal-pélvico y cervical, en el que no se demuestra ninguna fractura ni presencia de sangrado. Pero durante su estancia en observación de urgencias comienza, de forma progresiva, con una pérdida de fuerza y de movilidad ascendente, primero en la extremidad inferior derecha y posteriormente en la extremidad superior ipsilateral.

Debido a esta nueva y progresiva focalidad neurológica, se solicita una RMN de urgencia, en la que se objetiva una extensa colección sanguínea extramedular de C1 a D1, que no se objetivaba en las anteriores pruebas de imagen solicitadas.

CONCLUSIÓN

Debemos tener especial cuidado en la exploración de los pacientes anticoagulados, haciendo una exploración física dinámica, sobre todo en el caso de pacientes politraumatizados, ya que se trata de pacientes críticos con posibilidad de empeorar en cualquier momento.

También tenemos que recordar, que no todas las pruebas de imagen nos aportan la misma información, por lo que debemos tener un comportamiento selectivo según la patología frente a la que actuemos[1].

Los hematomas espinales constituyen una entidad neurológica rara, pero potencialmente grave. Por ende, su diagnóstico temprano es clave para el pronóstico del paciente. Independiente de su localización, se pueden presentar con signos de compresión de la médula o de la cauda equina[2]. En nuestro caso, y gracias al hallazgo en la RMN, el paciente fue candidato de una intervención precoz por el equipo de neurocirugía, recuperándose sin secuelas.

Contamos con el consentimiento informado del pacientepara esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1 Manejo radiológico del paciente politraumatizado. M. Martí de Gracia , J. M. Artigas Martín , A. Vicente Bártulos y M. Carreras Aja. Radiología. 2010; 52(2): 105-114.

2 Hematomas espinales. Piedad Urueña Álvarez, José Luis Ascencio, Fabián Riaño Montañez. Revista Colombiana de Radiología. 2013. 24(1): 3640-7.

Autor para correspondencia: gorettibuceta@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 29-30

Miopericarditis aguda: busquemos la causa

Acute myopericarditis: let's look for the cause
Miopericardite aguda: busquemos a causa

Rubén Níñez Lorigados[1], Raquel Marzoa Rivas[2]

[1] MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE SERANTES. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. EMAIL: RUBEN.NINEZ.LORIGADOS@SERGAS.ES
[2] JEFA DE SERVICIO. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. EMAIL: RAQUEL.MARZOA.RIVAS@SERGAS.ES

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rubén Níñez Lorigados. Email: ruben.ninez.lorigados@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Paciente de 54 años, fumador, obeso y a tratamiento por dislipemia. Refiere antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Reside en área rural, tiene como animales de compañía varios perros y gatos. Sin otros antecedentes de interés.

Acude al Servicio de Urgencias por clínica de dolor centrotorácico de 48 horas de evolución, irradiado a espalda, que describe como punzante, que empeora con el decúbito y la inspiración profunda, mejorando con la sedestación. No asocia cortejo vegetativo, fiebre ni ninguna otra clínica.

A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable y se realiza un ECG que muestra un ritmo sinusal a 90lpm sin alteraciones de la repolarización. La exploración física es anodina, incluida la auscultación cardíaca que no presenta soplos ni roce. Se solicitan una radiografía de tórax, que no presenta datos de patología pleuropulmonar aguda, y una analítica donde destacan una proteína C reactiva elevada (33 mg/L), leucocitosis de 12320/µL y una Troponina Ths de 586 ng/L.

Con alta sospecha de miopericarditis aguda se decide ingreso hospitalario para completar el estudio e iniciar tratamiento.

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico diferencial del dolor torácico debemos incluir las patologías cardíacas y de grandes vasos, respiratorias, digestivas, musculoesqueléticas y otras menos frecuentes como las cutáneas o las causas psiquiátricas[1].

Empezando por las causas cardíacas, además del ECG inicial, se realizó un ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostró un derrame pericárdico trivial, así como un cateterismo que revela arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Con estos datos se descartan el origen valvular y coronario, así como un derrame pericárdico relevante o patología aórtica como causas del dolor.

Con la radiografía de tórax descrita y la ausencia de clínica respiratoria podemos suprimir causas respiratorias de dolor torácico como infecciones respiratorias, neumotórax, crisis asmática o patología pleuropulmonar maligna. Además, en el ETT se descarta patología que origine hipertensión pulmonar (i.e. TEP).

Sin un antecedente traumático y dadas las características pleuríticas del dolor, se eliminan razonablemente las causas músculoesqueléticas; mientras que la ausencia de clínica digestiva como reflujo, vómitos o náuseas, no orienta hacia causas gastrointestinales.

Se solicitó una Cardio-Resonancia Magnética para el análisis de realce precoz y tardío que confirmó la sospecha diagnóstica inicial mostrando una afectación predominante a nivel de epicardio/pericardio.

A su ingreso se realizó también una batería serológica que incluía *Toxoplasma gondii*, cuyo resultado reveló una IgM positiva y una IgG negativa, con seroconversión a las ocho semanas, por lo que podemos confirmar que la causa del dolor torácico de este paciente era una miopericarditis aguda por Toxoplasma Gondii con afectación predominante en pericardio/epicardio.

CONCLUSIONES

La pericarditis aguda es la patología más frecuente que afecta al pericardio[3], de curso habitualmente benigno y autolimitado, y cuya etiología más frecuente en nuestro medio es la vírica/idiopática si bien existen otras causas como la Toxoplasmosis[2] presentada en este caso que pueden requerir de un tratamiento específico. No siempre tenemos que realizar un diagnóstico etiológico de la pericarditis aguda[3] pero sí debemos identificar los casos que presenten criterios de gravedad (fiebre, signos de

Autor para correspondencia: ruben.ninez.lorigados@sergas.es

taponamiento cardíaco, elevación de marcadores de daño miocárdico, etc.) o sospecha de una etiología que requiera tratamiento específico (malignidad, tuberculosis, pericarditis purulenta)[4]. Las complicaciones son infrecuentes pero potencialmente graves, como el taponamiento cardíaco o la pericarditis recurrente.

La elevación de marcadores de daño miocárdico hace necesario descartar enfermedad coronaria subyacente y plantear la realización de una cardio-RMN, que permite confirmar el diagnóstico y evaluar la severidad de la afectación miocárdica[5]. En este caso se inició tratamiento[2,4,6] con ibuprofeno, colchicina (durante 3 meses) y Trimetoprim-Sulfametoxazol (durante 4 semanas) con buena evolución desde el inicio, por lo que no se planteó la realización de una biopsia endomiocárdica.

El paciente implicado ha sido informado de la finalidad de este artículo y ha dado su consentimiento informado para su publicación de forma anonimizada.

BIBLIOGRAFÍA

1 Judd E Hollander, MD. Maureen Chase, MD, MPH. Evaluation of the adult with chest pain in the emergency department. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?source=bookmarks_widget (acceso el 19/08/2020).

2 Sano J, Saitoh H. Toxoplasma pericarditis without immunosuppressant disorder detected by polymerase chain reaction of pericardial fluid: a case report. J Cardiol. 2000 Jan, 35(1): 47-54.

3 Massimo Imazio, MD, FESC. Acute pericarditis: Clinical presentation, diagnostic evaluation, and diagnosis. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-clinical-presentation-diagnostic-evaluation-and-diagnosis?topicRef=288&source=see_link (acceso el 19/08/2020)

4 Massimo Imazio, MD, FESC. Acute pericarditis: treatment and prognosis. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/acute-pericarditis-treatment-and-prognosis?topicRef=4940&source=see_link (acceso el 20/08/2020).

5 Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmavang G et al. Cardiovascular Magnetic Resonance in Nonischemic Myocardial Inflammation. Expert Recommendations J Am Coll Cardiol. 2018 Dec 18; 72 (24): 3158-3176. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.09.072.

6 Eskild Petersen, MD, DMSc, DTM&H. Toxoplasmosis: acute systemic disease. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-acute-systemic-disease?search=toxoplasmosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (acceso el 20/08/2020).

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 31-32

Varón con úlceras escrotais

Male with scrotal ulcers
Varón con úlceras escrotales

Alberto Lema Fernández[1], Norberto Proupín Vázquez[2], Tania Viqueira Queijas[3]

[1] RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. UNIDADE DOCENTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: ALBERTO.LEMA.FERNANDEZ@SERGAS.ES
[2] MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: NORBERTO.PROUPIN.VAZQUEZ@SERGAS.ES
[3] RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE A ESTRADA. UNIDADE DOCENTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: TANIA.VIQUEIRA.QUEIJAS@SERGAS.ES

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: Alberto Lema Fernández. E-mail: alberto.lema.fernandez@sergas.es

Palabras clave: vasculitis gangrenosa, juvenil, escroto.
Keywords: gangrenous vasculitis, juvenile, scrotum.

INTRODUCCIÓN

Varón de dieciocho años que acudió a consulta de PAC (Punto de Atención Continuada) por presentar un cuadro de lesiones ulceradas y dolorosas en el escroto de tres días de evolución, astenia y anorexia. Negó otro tipo de sintomatología o contactos sexuales. Refería que cuatro días antes acudió a su médico por fiebre y dolor de garganta, diagnosticándose de faringoamigdalitis aguda e iniciando tratamiento con amoxicilina de 750 mg. Veinticuatro horas después de la primera dosis, aparecieron las lesiones en el escroto. No refería antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

En la exploración física general estaba febril, la faringe discretamente congestiva con algún punto blanquecino y exudado en la amígdala derecha. El resto de constantes estaban dentro de la normalidad, así como la exploración por aparatos, destacando únicamente cuatro lesiones en zona del escroto, tres úlceras escrotales necróticas y dolorosas, cubiertas por escara necrótica adherida con borde sobreelevado y de tonalidad violácea, de aspecto redondeado, muy discreta inflamación perilesional y de aproximadamente medio centímetro de diámetro (fig. 1). Se observaba además una cuarta lesión a nivel de la base del pene con una pápula que impresionaba de inicio de necrosis y de aspecto diferente al resto (fig. 2). No se palpaban adenopatías inguinales.

Figura 1

Figura 2

Autor para correspondencia: alberto.lema.fernandez@sergas.es

DIAGNÓSTICO

Tras revisar el caso (edad, amigdalitis estreptocócica, evolución clínica y el aspecto de las lesiones) y consultar la literatura disponible, se decidió derivar al paciente a Urgencias para su estudio y diagnóstico de sospecha de, entre otras causas de úlceras genitales, una posible vasculitis gangrenosa juvenil del escroto. El paciente fue hospitalizado y se realizaron analítica con proteinograma, estudio inmunológico, serologías, cultivo de exudado de úlcera, toma de biopsia y pruebas de imagen. Sin datos significativos en el resto de estudios, el resultado anatomopatológico indicaba un infiltrado inflamatorio constituido mayoritariamente por polimorfonucleares neutrófilos. Se pautó de manera ambulatoria tratamiento con cefixima 400 y prednisona 30 mg y revisión en consulta de Dermatología.

CONCLUSIÓN

La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto es una entidad infrecuente, descrita por Piñol y col en 1974, que consiste en una peculiar forma de gangrena escrotal de origen indeterminado, caracterizada por la aparición úlceras cutáneas necrotizantes en la piel del escroto, que desaparecen por completo tras el tratamiento adecuado, sin posteriores recidivas. Aunque hay muy pocos casos reportados hasta la fecha, se observa que esta patología se presenta habitualmente en varones menores de treinta años, instaurándose de forma súbita unos días después de una infección de vías aéreas superiores, destacando la aparición de 1-5 lesiones necróticas que afectan únicamente a la dermis escrotal, que pueden ir acompañadas de dolor o sensación de quemazón, y en ocasiones, fiebre.

Los hallazgos en las pruebas de laboratorio son una elevación de VSG en ausencia de otras alteraciones y cultivos microbiológicos negativos. La anatomía patológica de las lesiones muestra un infiltrado neutrófilo acompañado de necrosis fibrinoide en las paredes de pequeños vasos en ausencia de los signos clásicos de vasculitis leucocitoclástica[1].

El diagnóstico diferencial incluye numerosas enfermedades ulcerativas escrotales como las infecciones de transmisión sexual, la gangrena de Fournier, el ectima gangrenoso, diferentes vasculitis, enfermedad de Behçet, etc.[2].

Habitualmente se resuelve por completo en dos o tres semanas, respondiendo bien a un ciclo corto de corticoides sistémicos a dosis bajas y tratamiento antibiótico con el fin de evitar complicaciones[1].

La presente publicación procura, a pesar de que es relativamente infrecuente, recalcar la importancia de considerar una vasculitis gangrenosa juvenil del escroto en el diagnóstico diferencial de las úlceras escrotales, sobre todo en pacientes con similares características clínicas y epidemiológicas.

Se ha obtenido el consentimiento informado del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1 Caputo R, Marzano AV, Di Benedetto A, Ramoni S, Cambiaghi S. Juvenile gangrenous vasculitis of the scrotum: Is it a variant of pyoderma gangrenosum? Journal of the American Academy of Dermatology. 2006 Aug; 55(2 Suppl): S50-3. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.11.1031.

2 García ligero J, García García F, Navas Pastor J, Sempere Gutiérrez A, Rico Galiano JL, Tomás Ros M, Fontana Compiano LO, Chaves Benito A. Vasculitis gangrenosa juvenil del escroto. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. Actas Urológicas Españolas. 2001, 25, 3, 230-232. https://doi.org/10.1016/S0210-4806(01)72604-6.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 33-34

Los cementerios parroquiales en Mondoñedo-Ferrol, 1931-1933. Una historia que protagoniza el pueblo gallego

The parish cemeteries of Mondoñedo-Ferrol, 1931-1933. A story starring the Galician people

MD, PhD Alain Raimundo Rodríguez-Orozco[a]

[a] FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO. DIRECCIÓN. DR. RAFAEL CARRILLO ALCÁNTAR, ESQUINA DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN S/N, COLONIA CUAUHTÉMOC, POSTAL CODE 58020. TEL 52+4433120014.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: MD, PhD Alain R Rodríguez-Orozco. E-mail: alain.rodriguez@umich.mx

Cuando el 24 de marzo del 2020, la Xunta de Galicia aprobó el Acuerdo de 24 de marzo de 2020 (DOG 26 marzo de 2020) por el que se establecían medidas preventivas en el ámbito de la sanidad mortuoria, ahora sin vigencia, según el ACUERDO de 28 de mayo de 2020 (DOG 29 de mayo de 2020)[1], pensé en las decisiones que han tenido que tomar los gobiernos en materia de salud mortuoria y como estas han sufrido rápidas modificaciones. Así pasó con la actual pandemia de COVID-19, y ha sucedido durante varios periodos de epidemias. El peligro de enfermar que representó un número alto de muertos por enfermedades contagiosas, fue un interés prioritario en materia de higiene pública desde el surgimiento de esta como disciplina de los cuidados. En muchos de los casos, se trató de medidas urgentes, tomadas por periodos relativamente cortos para, entre otros asuntos, legislar sobre los enterramientos, por ejemplo, cuando los cementerios municipales no se daban abasto.

El abordaje de la sanidad mortuoria ha sido poco explorado dentro de la Historia de la Medicina y suele darse mayor crédito a personajes, agrupaciones o instituciones; pero el protagonista de esta historia es un sujeto colectivo sin el cual, parte del patrimonio cultural que representan los cementerios parroquiales de Galicia, se hubiera podido perder. Nuestro protagonista es la gente de pueblo, que en momentos muy difíciles, se enfrentó al Estado para proteger esta parte importante del patrimonio cultural gallego.

El 28 de febrero de 1931, el Santo Padre nombra Administrador Apostólico de la Diócesis Mondoñedo-Ferrol, al Obispo de Lugo Excmo. D. Rafael Balanzá y Navarro[1], cargo del que toma posesión el 8 de marzo de 1931, nombrando como gobernador interino al Dr. Francisco Reigosa[2,3]. El 14 de abril de 1931 se instauró la Segunda República Española, y Alfonso XIII marchó al exilio. En sus inicios, (1931-1933) Manuel Azaña, al frente de la coalición republicano-socialista llevó a cabo diversas reformas de izquierda con el objetivo de modernizar el país. Las primeras impresiones del nuevo régimen resultaron preocupantes para la Iglesia[4]. El obispo lucense, el 3 de mayo de 1931 publica una circular "sobre las necesidades actuales de la Patria" en la que pedía prudencia e insistía al clero en que "la predicación ha de versar única y exclusivamente sobre la materia que le es propia…"[5]. Las preocupaciones del clero iban en aumento cuando se confirmó el interés del gobierno en una nueva constitución laica, que incluía la secularización de los cementerios y la separación entre la Iglesia y el Estado[6].

Sobre la Ley de Cementerios, 30 de enero del año 1932, se establecía que "los municipios podrán incautarse de los cementerios parroquiales… no sólo cuando carezcan de cementerios propios, sino también cuando la incautación sea necesaria o muy conveniente, atendidas las circunstancias de cada caso concreto"[7]. Como respuesta el obispo Balanzá y Navarro el 18 de mayo de 1933 escribió una circular en la que detallaba: "Han de procurar [los párrocos], cuando el Ayuntamiento trate de acordar la incautación del cementerio parroquial, que los concejales católicos y los que, sin profesarse tales, suelen respetar los derechos de la Iglesia, sepan que está en su mano realizar o no la incautación, puesto que la ley civil les faculta a ello"[8] y en lo sucesivo se proponen acciones para que los católicos manifiesten su deseo de ser enterrados según costumbres de la Iglesia.

En el episcopologio mindoniense, siglo XX, Enrique Cal Pardo cita como ejemplos el incautamiento de los cementerios parroquiales de Santa María de Neda y los de Anca y Viladonelle por el ayuntamiento de Neda y como los vecinos acudieron al Juzgado de Ferrol, el cual sentenció a favor de la devolución de los cementerios a la Iglesia.[9]

Cerca de medio siglo después de estos hechos, he encontrado en la primera página de los "Estatutos y reglamento de cementerios parroquiales de la misma Diócesis de Mondoñedo-Ferrol", con fecha 15 de marzo de 1984, que Miguel Ángel Araújo, entonces obispo de la Diócesis escribe "En nuestra tierra gallega, todas las parroquias, por muy pequeñas que sean, tienen su cementerio parroquial, que se conserva como uno de los bienes más queridos de la comunidad y en donde se guardan, como un

Autor para correspondencia: alain.rodriguez@umich.mx

tesoro, los recuerdos del pasado "… Ello nos obliga a que les prestemos la mayor atención, no solo por parte del sacerdote sino por toda la comunidad…"[10]. Esta parte del patrimonio cultural de Galicia, se ha conservado en buena medida gracias a su pueblo, que en tiempos de conflictos entre el Estado y la Iglesia consiguió conservar sus cementerios parroquiales y ha contribuido al mantenimiento de estos.

Agradecimiento. Quiero dedicar estas líneas a Enrique Cal Pardo (1922-2016), hijo distinguido de Viveiro, sacerdote ejemplar, maestro de excelencia e historiador muy admirable, Doctor en Teología por la Universidad de Comillas-Madrid, fue Deán y Archivero de la catedral de Mondoñedo y Prelado de Honor de Su Santidad (junio 2011), y con quien tuve agradables y extensas conversaciones sobre la historia de la Iglesia en Galicia y sus nexos con Latinoamérica. El material, por él proporcionado, me sirvió para elaborar este escrito.

BIBLIOGRAFÍA

1 Diario Oficial de Galicia. 29 de mayo de 2020. Acuerdo 28 de mayo de 2020. https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2020/20200529/AnuncioC3K1-280520-0001_es.pdf.

2 Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 177.

3 Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 178.

4 Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 181.

5 Boletín Eclesiástico del Obispado de Mondoñedo, 1931, pp. 77-8.

6 Boletín Eclesiástico del Obispado de Mondoñedo, 1931, pp 91-2. *En* Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 182.

7 Boletín Eclesiástico del Obispado de Mondoñedo, 1931, pp 86-93. *En* Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, pp. 192-93.

8 Boletín Eclesiástico del Obispado de Mondoñedo, 1931, pp 81-85. *En* Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 193.

9 Boletín Eclesiástico del Obispado de Mondoñedo, 1931, pp 51-54, 159-161 *En* Cal Pardo E. Separata de Estudios Mindonienses, no 25, 2009. Anuario de Estudios Histórico-Teológicos de la Diócesis de Mondoñedo-Ferrol. Episcopologio mindoniense siglo XX, p. 193.

10 Estatutos y reglamento de cementerios parroquiales. Diócesis Mondoñedo-Ferrol, 1984. Recuperado de http://www.mondonedoferrol.org/cms/media/pdfs/134.pdf.

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(1)
Páxs. 35-36

Anticuerpos antifosfolípidos en 2067 pacientes. Consideraciones para la atención primaria

Antiphospholipid antibodies in 2067 patients. Considerations for primary attention

BSc Carlos Béjar-Lozano[1], PhD Martha Estrella García-Pérez[2], PhD Christian Cortés-Rojo[2], MD, PhD Alain Raimundo Rodríguez-Orozco[3]

[1] LABORATORIOS SERVIMED. MORELIA. MÉXICO. MIGUEL SILVA NO 64. COLONIA CENTRO. CP 58000. MORELIA. MÉXICO.
[2] INSTITUTO DE INVESTIGACIONES QUÍMICO BIOLÓGICAS. UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO.
[3] FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MÉXICO. DIRECCIÓN. DR RAFAEL CARRILLO ALCÁNTAR, ESQUINA DR SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN S/N, COLONIA CUAUHTÉMOC, POSTAL CODE 58020. TEL 52+4433120014.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA. MD, PhD Alain R Rodríguez-Orozco. E-mail: alain.rodriguez@umich.mx

El síndrome antifosfolípido (SAF) aumenta el riesgo para padecer tombosis, abortos, muertes fetales y prematuridad. Los anticuerpos antifosfolípidos considerados en los actuales criterios de clasificación son el anticoagulante lúpico, los anticuerpos anticardiolipina y los anti-β2 glicoproteína I,[1] sin embargo hay varios estudios que sugieren incorporar nuevos anticuerpos antifosfolípidos a los actuales criterios clasificatorios para detectar un mayor número de casos[2,3]. Este trabajo tuvo como objetivo determinar la frecuencia de anticuerpos antifosfolípidos en una serie de pacientes en los que se sospechó SAF.

Se analizaron 2067 estudios de anticuerpos antifosfolípidos realizados entre enero de 1999 y diciembre de 2014 en un laboratorio clínico privado mexicano. Se determinaron de forma cuantitativa por ELISA (Biosystems, Barcelona), los anticuerpos IgG e IgM contra cualquiera de los siguientes fosfolípidos, sin discrimar a cual: cardiolipina, b2-Glicoproteína, ácido fosfatídico, fosfatidil serina y fosfatidil inositol. Mediante microscopía de inmunofluorescencia indirecta se realizaron anticuerpos anti-nucleares (AAN) usando células Hep-2 (DiaSorin, Italia) como sustrato a partir de dilución 1:80.

Se procesaron 1817 muestras de mujeres y 250 de hombres. No hubo diferencias entre sexos respecto a la positividad de las pruebas ni para anticuerpos de tipo IgG, Chi cuadrada=0.164, gl=1, p=0.390, ni para anticuerpos IgM, Chi cuadrada= 0.462, gl=1, p=0.296, tabla 1. En 220 pacientes se encontraron anticuerpos antifosfolípidos (10.64%) y solo en 124 de ellos se realizaron AAN y entre ellos, en 34 (27.4 %) se encontraron AAN positivos lo cual apoya la sospecha de SAF secundario y en 90 (72.6%) se encontraron negativos los AAN. De las 40 muestras dobles positivas (IgG e IgM), 35 correspondieron a muestras del sexo femenino y 5 del sexo masculino y entre estas, solo 24 se procesaron junto a AAN, de las que solo 6 fueron positivas para AAN (5 del sexo femenino y 1 masculino, 3 patrón homogéneo y 3 patrón moteado fino), que apoyan la sospecha de SAF secundario.

No se presenta correlación clínica porque los criterios diagnósticos de SAF cambiaron con frecuencia antes del consenso de Sidney, 2006[4] y este estudio analiza casos desde el año 1999 y no se contaba con uniformidad de criterios clínicos para establecer diagnóstico de SAF en años anteriores a este consenso. Aun considerando que en Sapporo 1999 hubo un consenso anterior, su práctica fue poco difundida en nuestro medio. Los anticuerpos antifosfolípidos detectados no coinciden con los sugeridos en el consenso de Sidney y por otro lado las indicaciones de estudios no solo provenían de expertos en autoinmunidad como reumatólogos o inmunólogos clínicos. Este estudio apoya la necesidad de estudiar anticuerpos antifosfolípidos no considerados en los criterios del consenso de Sidney 2006 y a la detección de cada anticuerpo por separado para determinar la posible contribución de cada uno al síndrome antifosfolípidos y sugiere que organicemos actividades de educación médica para mejorar la calidad en este diagnóstico.

La determinación de anticuerpos antifosfolípidos debe considerarse en la atención primaria en pacientes con historia de trombosis y en mujeres con antecedentes de abortos espontáneos, muertes fetales y prematuridad, enfermedades que pueden asociarse a tasas elevadas de morbimortalidad. También debe pensarse que pueden existir casos de trombosis no atribuibles a síndrome antifosfolípidos y que existen anticuerpos antifosfolípidos no considerados en los actuales criterios clasificatorios de síndrome antifosfolípidos y que pueden asocirse a trombosis por lo que la sospecha clínica continúa siendo nuestro recurso más valioso en la atención primaria.

REFERENCIAS

1 Recomendaciones Sociedad Española de Reumatología sobre síndrome antifosfolípido primario. 2018. https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/06/Recomendaciones-SER-sobre-s%C3%ADndrome-Antifosfol%C3%ADpido-primario_DEF.pdf.

Autor para correspondencia: alain.rodriguez@umich.mx

2 Rodríguez, V. Estudio de la prevalencia de los anticuerpos antifosfolípidos no considerados entre los criterios diagnósticos del síndrome antifosfolípido. Tesis doctoral 2017. Universidad de Málaga. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=242336.

3 Vlagea, A. Estudio sobre los anticuerpos no clasificatorios presentes en el síndrome antifosfolipídico. Búsqueda de nuevos marcadores de laboratorio: anticuerpos anti-complejo fosfatidilserina/protrombina (aPS/PT) y isotipo IgA de los anticuerpos anti-β2 glicoproteína I(IgA aβ2GPI). Tesis doctoral leída el 22 de junio de 2017 en la Universidad Autónoma de Madrid URI: http://hdl.handle.net/10486/680165.

4 Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006, 4:295-306. doi: 10.1111/j.1538-7836.2006.01753.x.