

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 3. • VOL. 16

DICIEMBRE 2014

5 EDITORIAL

"CARTA AL MINISTRO DE SANIDAD"

López García-Franco A., Quintana Gómez JL.

7 ORIGINALES

ACTITUD DE LOS PACIENTES ANTE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

Mainar de Paz V., Arribas García M.P., López Rodríguez C., Jaime Siso M.A.

15 EXPERIENCIA

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA 1ª JORNADA SOCIO-SANITARIA DE VILLANUEVA DE LA CAÑADA. "LA COLABORACIÓN A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO"

Ramos Quirós, E.; Llanes De Torres, R.; Mateo Muñoz, A.; Herrera Ventura PR; Rodríguez Álvarez, ML.

18 ESPECIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DE INDICADORES DE SALUD

Aránguez Ruiz E., Iriso Calle A., Cervigón Morales P.

26 GRUPOS DE TRABAJO SoMaMFyC

ACTUALIZACIONES EN PLIS PLAS 2014

28 CASOS CLÍNICOS

1. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

Miranda García M., Chico Civera R., Agud Fernández M., Malagón Caussade F.

2. HAMARTOMA PULMONAR. HALLAZGO EN VARÓN DE 52 AÑOS

Roca García A., Melo Almiñana A., López Martínez D.

3. SÍNDROME DE CHARLES BONNET. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Almudena López Sanz A, Molina Siguero A.

4. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

Miranda García M., Chico Civera R., Malagón Caussade F., Cea Soria V.M., Merlo Loranca M.

5. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA

Barreto Muñoz LA., Díaz Díaz RM., de Esteban Martínez C.

6. CÁNCER DE PULMÓN, SÍNDROME DE PANCOAST Y SÍNDROME DE HORNER

Mills Sánchez P., Muñoz García JC.

48 SALIR DEL CENTRO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE RADIO

Fernández Delgado D., Bustamante M.A., Torcal Loriente J.M.

51 EL CAFELITO

CAFELITO 1: ENFERMOS DE "ACTITUD". CAFELITO 2: EL JUEGO DE LA SALVACIÓN

Bris Pertíñez J.

53 LA TABERNA DE PLATÓN

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

GdT Bioética de la SoMaMFyC

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 3. • VOL. 16

DICIEMBRE 2014

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Directora: Araceli Garrido Barral.

Subdirector: Miguel Ángel María Tablado.

Comite Editorial: Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, José Francisco Ávila de Tomás,

Clara Benedicto Subirá, Javier Bris Pertiñez, Juan José de Dios Sanz,

Rafael Llanes de Torres, Juan Carlos Muñoz García, Francisco Muñoz González, Isabel Prieto Checa,

Jesús Mª Redondo Sánchez, Ricardo Rodríguez Barrientos

Secretaria de redacción: Manuela Córdoba Victoria.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Presidencia: Alberto López García-franco. **Vicepresidencia:** José Luis Quintana Gómez.

Secretaría: Miriam Méndez García. **Tesorería:** Francisco Luis Gómez Serrano.

Vocal del Papps: Marta Sastre Paz. **Vicevocal del Papps:** Esther Martín Ruiz.

Vocal de Investigación: Mª Eloisa Rogero Blanco. **Vicevocal de Investigación:** Amaya Azcoaga Lorenzo.

Vocal de Formación: Carmen Terrón Rodas. **Vicevocal de Formación:** José Antonio Quevedo Seises.

Vocal de Gdt: Cristina González Fernández. **Vicevocal de Gdt:** Carolina Peláez Laguno.

Vocal de Nuevas Tecnologías: José Francisco Ávila de Tomás. **Vicevocal de Nuevas Tecnologías:** Joaquín Casado Pardo.

Vocal de Residentes: Sergio Alejandro Carmona. **Vocal de JMF:** Virginia Nieto Lorasque.

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • Fax: 91 522 99 79

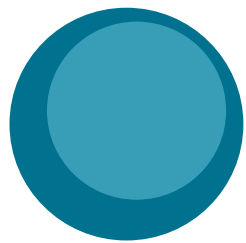
E-mail: somamfyc@somamfyc.com • WEB: www.somamfyc.com

ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**



SUMARIO

5 EDITORIAL

"CARTA AL MINISTRO DE SANIDAD"

López García-Franco A., Quintana Gómez JL.

7 ORIGINALES

ACTITUD DE LOS PACIENTES ANTE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

Mainar de Paz V., Arribas García M.P., López Rodríguez C., Jaime Siso M.A.

15 EXPERIENCIA

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA 1ª JORNADA SOCIO-SANITARIA DE VILLANUEVA DE LA CAÑADA. "LA COLABORACIÓN A TRAVÉS DEL CONOCIMIENTO"

Ramos Quirós, E; Llanes De Torres, R; Mateo Muñoz, A; Herrera Ventura PR; Rodríguez Álvarez, ML.

18 ESPECIAL

SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DE INDICADORES DE SALUD

Aránguez Ruiz E., Iriso Calle A., Cervigón Morales P.

26 GRUPOS DE TRABAJO SoMaMFyC

ACTUALIZACIONES EN PLIS PLAS 2014

28 CASOS CLÍNICOS

1. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD CELIACA

Miranda García M., Chico Civera R., Agud Fernández M., Malagón Caussade F.

2. HAMARTOMA PULMONAR. HALLAZGO EN VARÓN DE 52 AÑOS

Roca García A., Melo Almiñana A., López Martínez D.

3. SÍNDROME DE CHARLES BONNET. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Almudena López Sanz A, Molina sigüero A.

4. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

Miranda García M., Chico Civera R., Malagón Caussade F., Cea Soria V.M., Merlo Loranca M.

5. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA

Barreto Muñoz LA., Díaz Díaz RM., de Esteban Martínez C.

6. CÁNCER DE PULMÓN, SÍNDROME DE PANCOAST Y SÍNDROME DE HORNER

Mills Sánchez P., Muñoz García JC.

48 SALIR DEL CENTRO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE RADIO

Fernández Delgado D., Bustamante M.A., Torcal Lorient J.M.

51 EL CAFELITO

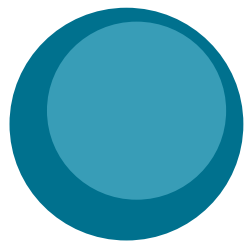
CAFELITO 1: ENFERMOS DE "ACTITUD". CAFELITO 2: EL JUEGO DE LA SALVACIÓN

Bris Pertíñez J.

53 LA TABERNA DE PLATÓN

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

GdT Bioética de la SoMaMFyC



Con motivo del nombramiento del Ministro de Sanidad D. Alfonso Alonso Aranegui el día 3 de diciembre de 2014. El presidente y Vicepresidente de la SoMaMFyC, han publicado en la sección de Opinión en El País de 3-12-2014.

“Carta al Ministro de Sanidad”

■ Alberto López García-Franco y Jose Luis Quintana Góme
Presidente y vicepresidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC).

Estimado señor ministro de Sanidad:

Queremos darle la enhorabuena por su reciente incorporación a la cartera del Ministerio de Sanidad. Está usted en disposición de cumplir el sueño que muchas personas anhelan: tener la posibilidad de hacer un mundo un poco mejor. Felicidades.

Como titular del Ministerio de Sanidad, suponemos que es consciente de la enorme responsabilidad que contrae en ese objetivo de mejorar el nivel de salud de los ciudadanos que habitan en nuestro territorio nacional. En un panorama socioeconómico tan adverso como el que estamos viviendo, no es nuestra intención opinar sobre algunas decisiones tomadas en otros ministerios, aunque somos conscientes de su trascendencia en el nivel de salud de la población. La situación de pobreza, paro y desarraigo social denigran al ciudadano y le sitúan en una realidad muy alejada de los estándares de salud entendidos como un equilibrio de su entorno biopsicosocial.

El nivel de salud de la población no sólo se ve afectado por decisiones que afectan a los ministerios de Hacienda, Trabajo, Economía o Educación. Se nos antoja que todo aquello que nos aleja de la cultura (y la gravación del 21% en el IVA es un ejemplo) atenta contra un bien común que se debiera preservar y contra una dimensión trascendental del ser humano como es el deleite por la belleza, el arte y el conocimiento. Como ciudadanos tenemos nuestra propia opinión, y como profesionales de la salud entendemos que la cultura y todo aquello que estimule nuestra sensibilidad son bálsamos que ayudan a digerir los desajustes del cuerpo y a aliviar los conflictos entre una química rota y un entorno deshabilitado. La cruda realidad que constata que la esperanza de vida es menor dependiendo del barrio en el que vivas (y no digamos ya la calidad de vida) nos aleja de la visión cartesiana de la salud en la que alma y cuerpo discurren por sendas diferentes y nos sitúa ante el espejo de una realidad en la que es difícil separar una biología desordenada de un proceso de desadaptación social.

Pero en relación con el ministerio que ahora coordina, y como profesionales de la sanidad y responsables de la Sociedad Científica de Médicos de Familia, sí nos permitimos indicarle algunas sugerencias que esperamos tenga a bien considerar.

Como ya sabrá, el ministerio que ahora ocupa tiene una trascendencia vital en eso que podríamos denominar armonía social, y que las políticas desacertadas, en términos de empleo, igualdad o educación, se ven aliviadas cuando la sanidad funciona. La Sociedad Científica, que tenemos la satisfacción de presidir, aglutina a un número importante de médicos de familia que desarrollan su trabajo en el entorno de la atención primaria. Para muchos epidemiólogos y estudiosos de los sistemas de salud, la atención primaria no sólo constituye un nivel asistencial de atención sanitaria, sino una estrategia para disminuir las desigualdades de salud de las sociedades modernas (Barbara Starfield, 2002).

Como ya sabrá, el ministerio que ahora ocupa coordina el trabajo de miles de trabajadores que creen en una profesión a la que dedican esfuerzos y dedicación. Que la valoración que tienen los ciudadanos de su sanidad es muy alta como prueba la defensa unánime que han hecho, saliendo a las calles cuando la han visto amenazada por diferentes derivas privatizadoras. La responsabilidad que ahora adquiere en su nuevo cargo es importantísima y, al margen de la designación acertada o errónea de la anterior ministra de Sanidad, siempre hemos combatido los comentarios maledicentes que señalaban dicha designación como el acomodo de una persona controvertida a un ministerio sin contenido. Por mucho que las transferencias estén realizadas, son muchos los aspectos que el Ministerio de Sanidad debe vertebrar para conseguir una sanidad ejemplar, habida cuenta de lo que nos jugamos. Por cierto, que hubiéramos querido escuchar algún posicionamiento de la anterior titular del Ministerio de Sanidad cuando en una Comunidad Autónoma se planteó la privatización, de la noche a la mañana y sin contar con los profesionales, del 10% de los centros de salud (27 en total) y de 7 hospitales.

Al margen de nuestra opinión sobre la competencia de la anterior ministra, señora Ana Mato, sí queremos constatar que a la misma le cabe el triste mérito de haber atentado contra uno de los pilares que hacían nuestra sanidad ejemplar: su universalidad.

La implantación del Real Decreto Ley 16/2012 ha supuesto una vulneración del derecho a la salud al restringir la atención sanitaria a las personas contribuyentes, en un régimen de aseguramiento, y no a la totalidad de la población. Una sanidad no universal deja de ser sostenible y de calidad al no favorecer atributos imprescindibles como la equidad, la accesibilidad y la continuidad de cuidados. Cualquier forma de exclusión (por situación económica, nacionalidad, situación legal o administrativa) favorece las desigualdades en salud, máxime si esa exclusión se dirige a la población más vulnerable como es la población inmigrante. La exclusión de los ya excluidos socialmente no sólo supone un funesto epíteto, sino un atentado a la salud pública y a la dignidad de las personas.

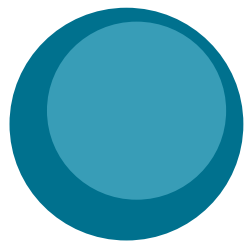
El supuesto ahorro económico de esta medida es más que controvertido y dicho ahorro adquiere un carácter pírrico si analizamos los perjuicios que de esta medida se derivan. Y una prueba de ello la hemos tenido en el reciente “brote” del virus ébola. ¿Se imagina alguien las consecuencias funestas que puede tener el no atender a personas con fiebre, procedentes de zonas endémicas de África del virus ébola? ¿O a personas que hayan estado en contacto con personas enfermas procedentes de zonas endé-

micas de África? ¿No es más razonable estimular su derivación a los diferentes dispositivos sanitarios, en lugar de ponerles barreras disuasorias y cortapisas administrativas?

Desde luego, así lo han entendido muchas Comunidades Autónomas, que al no tener potestad para derogar la norma, sí la han incumplido casi por decreto ley. Así lo han entendido también muchos profesionales médicos que han hecho prevalecer su ideal ético de atención a los pacientes, y así lo ha entendido la Sociedad Científica que presidimos y que, con argumentos bioéticos y de *lex artis*, ha defendido la desobediencia civil en una cuestión tan vital como la atención y seguimiento de las personas enfermas. Dicha sociedad participa en su página web en el Registro Estatal de Exclusión Sanitaria (REDES) y en el que se constata que en el 50% de las personas a las que se les puso dificultades para recibir atención sanitaria se encontraban amparados por los supuestos legales en los que la ley les reconoce su derecho a asistencia. Hasta ese punto de ineficiencia y de inequidad hemos llegado, señor Alonso.

Estimado señor Alonso, los abajo firmantes le reiteran sus felicitaciones por el cargo al que se acaba de incorporar, y le desean un feliz desempeño. Le pedimos un deseo y un ruego: que facilite que los profesionales sanitarios podamos atender a nuestros pacientes con la dignidad que requieren y el ruego de que derogue la actual ley 16/2012.

Atentamente.



ACTITUD DE LOS PACIENTES ANTE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

■ Mainar de Paz V¹., Arribas García M.P²., López Rodríguez C1, Jaime Siso M.A¹.

Especialistas en MFyComunitaria

⁽¹⁾ C.S. Ciudad Jardín Madrid

⁽²⁾ C.S. Maqueda. Madrid

RESUMEN

OBJETIVOS: Explorar la actitud de los pacientes en tratamiento anticoagulante respecto a una propuesta de cambio a los nuevos tratamientos anticoagulante dadas las características diferenciadoras de los mismos. Determinar la proporción de pacientes, que de acuerdo a las recomendaciones actuales, cumplirían criterios clínicos para realizar un cambio de tratamiento, de acenocumarol a dabigatran y valorar el grado de cumplimiento de los pacientes que ya se encuentran en tratamiento anticoagulante mediante el test de Morisky-Green-Levine.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta autocumplimentada, realizado en el Centro de Salud (C.S.) Ciudad Jardín de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años adscritos al C.S. diagnosticados de Fibrilación auricular no valvular (FANV). Se realizó una encuesta a los pacientes que constaba de dos partes, test de Morisky-Green –Levine y una encuesta elaborada por las autoras. Contamos con diez variables clínicas y una encuesta realizada por las autoras para explorar cambio de tratamiento, grado de cumplimiento terapéutico y conocimiento de los anticoagulantes por parte de los pacientes.

RESULTADOS: De los 42 pacientes encuestados, que cumplían criterios para un posible cambio a dabigatran, solo uno aceptó suspender acenocumarol e iniciar dabigatran. La proporción de pacientes en tratamiento con acenocumarol que cumplían las recomendaciones clínicas de un posible cambio de tratamiento fue del 26,95% (38 pacientes de 141). Presentaron buena adherencia al tratamiento 27 pacientes (65,90%) con mal control anticoagulante.

CONCLUSIONES: Los pacientes en su mayoría no aceptarían un cambio a dabigatran.

La proporción de pacientes que según las recomendaciones actuales, serían candidatos a un cambio a dabigatran es pequeña.

La mayoría de los pacientes en tratamiento con acenocumarol presentaron buena adherencia al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: acenocumarol, dabigatran, actitud de los pacientes

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia mantenida más prevalente en nuestro entorno⁽¹⁾, con una prevalencia estimada en España de 8.5%⁽²⁾. La FA aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares⁽³⁾ y reduce la supervivencia⁽⁴⁾. Uno de los factores que se asocian con más frecuencia al desarrollo de FA es la edad avanzada⁽⁵⁾, por lo que actualmente representa una carga enorme para el sistema sanitario⁽⁶⁾.

La FA es una arritmia embolígena y el tratamiento anticoagulante trata de prevenir la aparición de eventos tromboticos. En España el fármaco recomendado habitualmente para anticoagular los pacientes con FA es el acenocumarol⁽⁷⁾, antagonista de la vitamina K (AVK). Recientemente se han comercializado nuevos fármacos anticoagulantes^(8,9,10). El primero en ser utilizado en nuestro entorno con esta indicación es el dabigatran.

Cuando comparamos dos fármacos con el mismo fin terapéutico se valora para su uso el cumplimiento de ciertos requisitos⁽¹¹⁾ como son la efectividad, la seguridad, el coste y la autonomía.

Hasta el momento el dabigatran ha demostrado no ser inferior a la warfarina (fármaco AVK), a dosis de 110 mg/12h logrando resultados parecidos a este fármaco con respecto a ictus y embolismo sistémico, mientras que presenta una pequeña disminución de episodios de hemorragia intracraneal. A dosis de 150mg/12h ha demostrado mejores resultados en ictus y parecidos en la existencia de episodios hemorrágicos^(8,11,12).

El efecto secundario más frecuente causado por el dabigatran ha sido la aparición de síntomas dispépticos⁽⁸⁾. Por otro lado, en un meta análisis publicado recientemente⁽¹³⁾ se ha hallado asociación del uso de dabigatran con un aumento del riesgo de infarto de

miocardio y síndrome coronario agudo, aunque es necesario disponer de estudios postcomercialización para poder evaluar efectos secundarios a largo plazo⁽¹¹⁾. La ausencia de un método de laboratorio accesible para determinar la intensidad de la anticoagulación y la falta de antídoto, pueden influir en la seguridad en el caso de una urgencia hemorrágica o traumatológica⁽¹⁴⁾.

Los estudios sobre el coste del dabigatrán frente a los fármacos AVK sugieren que éste primero es más coste-efectivo, aunque todavía los resultados son algo controvertidos en España^(15,16,17,18). La elevada prevalencia de FA en la población hace que el uso de anticoagulantes sea elevado, por tanto variaciones del coste del nuevo fármaco conllevaría importantes repercusiones económicas a nivel del gasto sanitario.

Las novedosas características de este grupo de fármacos, falta de controles y antídoto con dosificación de dos veces al día, suponen un relevante cambio, para los pacientes en los que estén indicados los nuevos anticoagulantes, en relación al manejo de su enfermedad⁽⁷⁾. Conocer su opinión y actitud ante este posible cambio nos parece especialmente relevante dado que su colaboración en el control de una enfermedad crónica, como la FA, es de suma importancia y cualquier implicación por parte del paciente probablemente mejoraría el manejo de su enfermedad.

OBJETIVO PRINCIPAL

Explorar la actitud de los pacientes en tratamiento anticoagulante, respecto a una propuesta de cambio a los nuevos tratamientos anticoagulantes dadas las características diferenciadoras de los mismos

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Determinar la proporción de pacientes, que de acuerdo a las recomendaciones actuales, cumplirían criterios clínicos para realizar un cambio de tratamiento, de acenocumarol a dabigatrán.

Valorar el grado de cumplimiento de los pacientes que ya se encuentran en tratamiento anticoagulante mediante el test de Morisky-Green-Levine.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal mediante encuesta autocumplimentada. La recogida de datos se realizó durante los meses de Diciembre 2011 a Febrero de 2012 en el C.S. Ciudad Jardín de la Dirección Asistencial Centro de la Co-

munidad de Madrid, que atendió a una población de unas 16.680 personas⁽¹⁹⁾.

La población incluida en nuestro estudio fueron pacientes mayores de 18 años, en seguimiento clínico habitual en la consulta de Atención Primaria, diagnosticados de Fibrilación auricular no valvular (FANV) (código CIAP K78 en historia clínica informatizada), que llevaban al menos 14 meses en tratamiento anticoagulante con acenocumarol y que presentaban un control inadecuado de INR (definido como Tiempo Total en Rango (TTR) < 65%)⁽²⁰⁾.

Tamaño muestral y selección muestral:

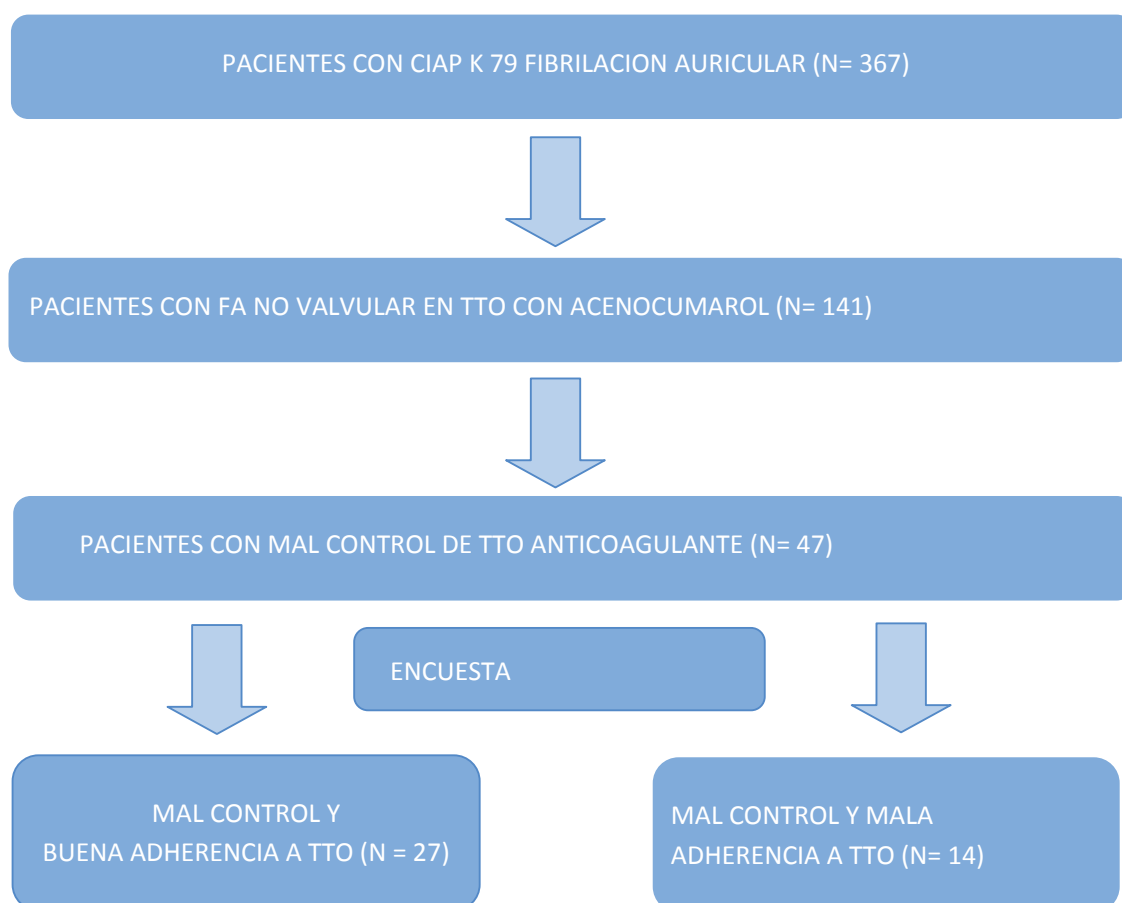
En cuanto a la selección muestral (Figura 1), inicialmente se identificaron mediante explotación de datos los pacientes que en historia clínica tenían creado el episodio CIAP K78 (que incluye además de FANV otros diagnósticos). A continuación se realizó una revisión individual de cada historia clínica seleccionada para excluir aquellos pacientes con episodio cuyo texto asociado al código CIAP K78 era diferente de FANV, finalmente se incluyeron 347 pacientes.

En este grupo de pacientes, se calculó el TTR según el método expuesto por Duxbury⁽²⁰⁾ a partir de los datos incluidos en los DGP (datos generales del paciente) sobre anticoagulación o TAO (terapia anticoagulante), excluyendo del estudio aquellos pacientes que presentaron un buen control del INR (razón normalizada internacional) e incluyendo aquellos con un TTR < 65%, es decir control deficiente de su tratamiento anticoagulante⁽²⁰⁾. Finalmente, se incluyeron en el estudio todos los pacientes, previo consentimiento verbal, que cumpliendo los criterios de selección descritos, acudieron durante el periodo de estudio a realizarse control de INR (47 pacientes).

Quedaron excluidos del estudio aquellos pacientes en los que existía contraindicación absoluta de cambio a dabigatrán por posibles interacciones con su tratamiento habitual: ciclosporina, tacrolimus e itraconazol, por presentar filtrado glomerular (FG) < 30% o en los que no estaba recomendado por elevación de las enzimas hepáticas (valores dos veces el límite superior de la normalidad).

Variables clínicas: edad, sexo, valores de INR y sus respectivas fechas, creatinina sérica, GOT (transaminasa glutámico oxalacética), GPT (transamina glutámico pirúvica). El FG se calcula en base a edad, sexo y creatinina sérica. Registro de tratamiento con ciclosporina, tacrolimus o itraconazol, según medicación actualizada en historia clínica informática.

La explotación de datos de AP-Madrid se realizó con sentencias SQL (Structured Query Language)

Figura 1. Selección de la muestra.**Intervenciones: la encuesta**

Para responder a los objetivos se realizó una encuesta de opinión, anónima, y autocumplimentada. En el proceso de elaboración de la encuesta se consultó a profesionales de enfermería, de medicina y a cinco pacientes, con el objetivo de conseguir formular preguntas objetivas, válidas, accesibles y comprensibles, adecuando el lenguaje utilizado cuando fuese necesario. Se incorporaron las modificaciones sugeridas.

La encuesta autocumplimentada se entregaba a los pacientes, al acudir a realizar su control habitual de INR.

La encuesta (anexo I) se estructuró en dos bloques principales el primero correspondía al cuestionario de Morisky-Green-Levine (A) y el segundo recogía las preguntas realizadas por el equipo de investigación, a su vez este último bloque se dividió en tres bloques (B1,B2,B3).

- **Bloque A.** Primero se incluyeron las cuatro preguntas que forman parte del test validado Morisky-Green-

Levine, en su versión española, para conocer el grado de adherencia de los pacientes.

- **Bloque B1.** El segundo bloque se articulaba en dos preguntas sobre el conocimiento previo de los pacientes respecto a la indicación y riesgos del tratamiento anticoagulante; y dos preguntas más sobre la importancia que concedían a los controles mensuales con enfermería, y la posología habitual.

- **Bloque B2.** En el tercer bloque se incluían cuatro preguntas que abordaban tres aspectos del dabiligrán: posología, existencia de antídoto y ausencia de controles.

- **Bloque B3.** La última pregunta se refería a la aceptación por parte del paciente de un posible cambio a dabiligrán. Se les indicaba que en ningún caso esta aceptación significaría un cambio del tratamiento anticoagulante, que por otro lado precisaría de la valoración individualizada por el médico responsable del paciente.

Todas las respuestas de la encuesta realizada por el equipo investigador tenían tres posibles opciones ex-

cluyentes (si/no/indiferente), excepto las preguntas iniciales referidas a las características del acenocumarol, cuyas respuestas se redactaron en texto libre.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza un análisis descriptivo de cada variable de estudio y se determina, para las variables categóricas sus frecuencias. Para las cuantitativas se determina su media y desviación estándar (DE).

RESULTADOS

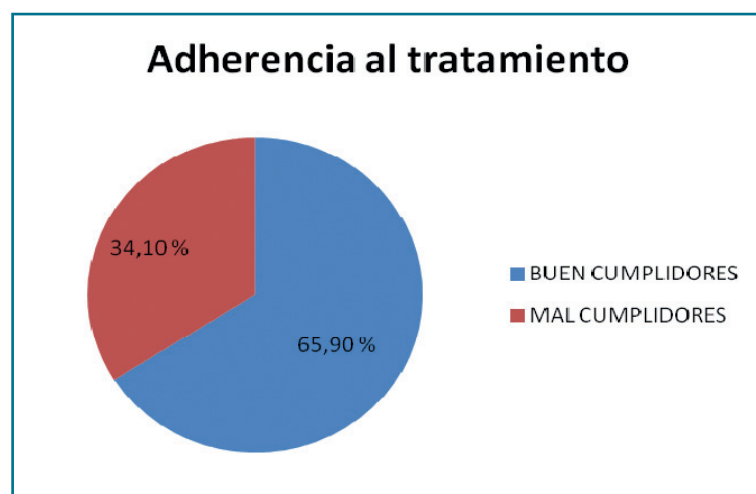
En inicio 47 pacientes cumplían el criterio de TTR menor de 65%, es decir, control deficiente del INR. Solo se pudo encuestar a 42 pacientes, debido a exitus, hospitalización o negativa a participar en el estudio. De estos 42 pacientes, 4 fueron excluidos por cumplir criterios de exclusión (presentaban un $FG < 30\%$).

Finalmente 38 pacientes podrían ser candidatos al cambio de anticoagulante. De los pacientes incluidos, 20 eran hombres (47.61%). La edad media de los pacientes de la muestra era de 82 años.

A continuación se presentan las respuestas correspondientes a los cuatro bloques que estructuran la encuesta.

A- Respecto a los resultados del primer bloque de la encuesta, correspondiente al test de Morisky-Green-Levine, 27 pacientes (65.90%) presentaron buena adherencia al tratamiento. (Figura 2). La edad media de este grupo fue de 79.19 años ($DS \pm 9,09$).

Figura 2. Adherencia al tratamiento



B1- Respecto del conocimiento previo sobre el tratamiento anticoagulante, 17 pacientes (40.55%) no conocían cuál es la principal indicación principal por la que tomaban acenocumarol en la actualidad. Solo un 61.9% (26 pacientes) reconocieron cuál es el principal riesgo del mismo.

Casi un 70% de los pacientes, según la encuesta, estaban conformes con el hecho de acudir a su Centro de Salud para realizar controles mensuales de INR por parte de enfermería, de igual modo un 59,5% valoraba positivamente la toma única diaria de acenocumarol.

B2- Respecto a la información que se les facilitaba sobre el dabigatrán, casi a la mitad de los pacientes (46,3%) les parecía un inconveniente la toma de dabigatran dos veces al día. En un 75.6% de los pacientes, la no existencia de antídoto del nuevo anticoagulante no les pareció adecuado. En cambio, el hecho de que no precise controles mensuales por enfermería obtuvo una opinión positiva casi del 44%.

B3- Por último, en relación a la cuestión sobre un posible cambio de tratamiento, sólo un paciente (2.38%) con mal control, aceptó el cambio a dabigatrán. (Figura 3)

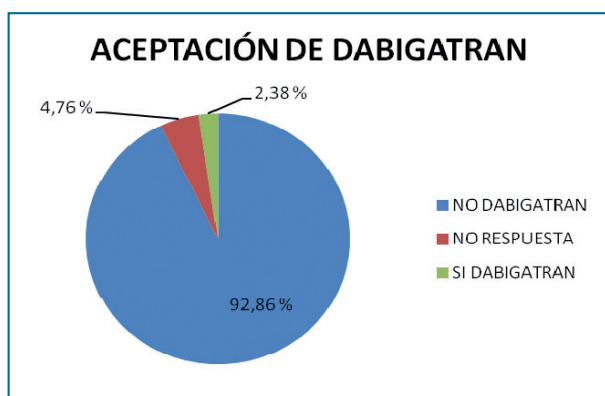
En la figura 4, mostramos la frecuencia en las respuestas a cada pregunta del cuestionario. Las distintas respuestas se representa en azul, rojo y verde, siendo las respuestas mal, indiferente y bien respectivamente.

DISCUSIÓN

El tratamiento anticoagulante tiene la particularidad de ser un tratamiento crónico que engloba a diversas patologías y cuyo mecanismo fisiopatológico y justificación clínica son complejas y difíciles de entender por parte de los pacientes, como ha quedado reflejado en nuestra encuesta.

Por otro lado, a pesar de que los pacientes encuestados presentaban un mal control de INR, valoraban de forma positiva el acudir a control mensual con su enfermera habitual del centro de salud; es decir, puede parecer que el incremento de la autonomía e independencia del paciente, una de las ventajas principales que presenta el dabigatran, no fue considerado relevante por los pacientes de nuestra muestra.

Se podría pensar que esta característica en concreto, pueda ser más atractiva en pacientes jóvenes, en activo, si bien estos, no son la población mayoritaria en la que se suele indicar tratamiento anticoagulante.

Figura 3. Aceptación al cambio de tratamiento

En nuestra muestra la media de edad es de 82 años, mientras que en otros estudios, como el estudio RELY, es de 78 años, hecho que puede haber influido en este resultado.

Según los resultados de la encuesta, encontramos que nuestra población valora de forma muy positiva la seguridad que el acenocumarol pueda ofrecer, en caso de sangrado activo, al existir un antídoto comercializado.

Por otra parte, es interesante resaltar que el grado de control deficiente de INR, no parece asociarse a una mala adherencia al tratamiento.

El porcentaje de pacientes que siguiendo las recomendaciones clínicas actuales, tienen contraindicación de tratamiento con dabigatran es mínima, por lo que podríamos pensar que el tratamiento con este nuevo anticoagulante podría ser aplicado a un gran número de pacientes. Sin embargo, el grupo de pacientes para los que se indicaría en primer lugar un cambio de tratamiento anticoagulante, sería aquellos con mal control de INR, en tratamiento con acenocumarol previo, y que presentan buena adherencia terapéutica. Según los resultados de nuestro estudio, se trata de un escaso número de pacientes.

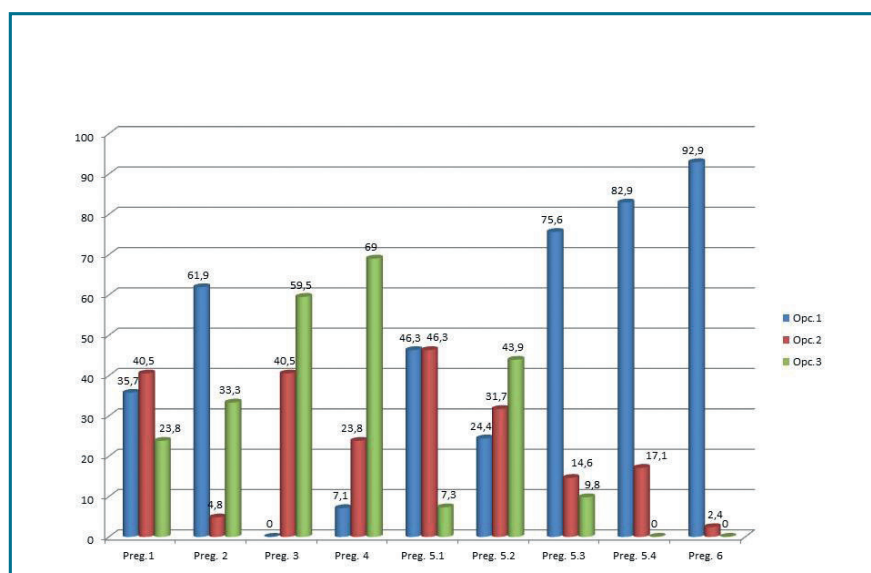
Finalmente, tras recibir información adecuada sobre características y posología del dabigatran, nuestros pacientes expresaron, en casi su totalidad, rechazo a las características actuales del fármaco. Por lo que la mayoría concluyó de forma negativa sobre el cambio de tratamiento de acenocumarol a dabigatran.

Pensamos que la principal limitación de nuestro estudio es que el cuestionario utilizado está diseñado por las propias autoras, asumiendo sus posibles limitaciones al no ser un cuestionario validado. Si bien en el desarrollo de la investigación nuestra percepción fue que los pacientes comprendían fácilmente las preguntas. Asimismo, el grupo de pacientes incluidos es pequeño, ya que el estudio se realizó en un solo centro de salud.

Aunque el tratamiento con los anticoagulantes se encuentra muy extendido no hemos hallado ningún artículo sobre el conocimiento y opinión de los pacientes sobre los anticoagulantes con lo que este estudio aporta información novedosa. Es probable, que tras varios años de comercialización y uso habitual del dabigatran, sea de gran interés realizar un estudio similar, para poder analizar, en ese momento, si el conocimiento y la opinión de los pacientes sobre los nuevos y clásicos anticoagulantes puedan haber cambiado.

PUNTOS CLAVE:

1. Un amplio número de pacientes no aceptaría un cambio de tratamiento de acenocumarol a dabigatran, presentando en su mayoría una actitud positiva frente al tratamiento con acenocumarol.

Figura 4. Respuestas a la encuesta

marol y al hecho de acudir a su control habitual en el Centro de Salud.

2. La proporción de pacientes que según las recomendaciones actuales, serían candidatos a un cambio a dabigatran es pequeño.
3. La mayoría de los pacientes en tratamiento con acenocumarol presentaron buena adherencia al tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras quieren expresar su agradecimiento al Dr. Rafael Alonso Roca por su gran interés y ayuda. Al per-

sonal de enfermería del C.S. Ciudad Jardín, por su desinteresada colaboración. Y en especial, al Dr. Ricardo Rodríguez-Barrientos por su gran dedicación, sin el cual esta investigación no se habría podido llevar a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p415&file=inebase&L=0>
2. Pérez Díaz J. (2009) Ponencia presentada al XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (acceso 11 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text174.pdf>
3. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991; 22:983-8
4. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol*. 1998;82:2N-9N
5. González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Llisterri Caro JL, y García Acuña JM, González Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio Cardiotens 1999. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:139-49
6. Cea-Calvo L, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUs. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:616-24. - Vol.60 Núm 06 DOI: 10.1157/13107118
7. Alonso Roca R, et al. (2011). Nuevos anticoagulantes para la prevención del ictus en la fibrilación auricular no valvular: Recomendaciones de la Comunidad de Madrid (acceso 6 de febrero de 2012), Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142672095700&language=es&pagename=PortalSalud%2FPages%2FPSTA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024
8. Stuart J, Connolly, M.D., Michael D. Ezekowitz, M.B., Ch.B., D.Phil., et al. Dabigatran versus warfarin in patients with a atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-51
9. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., et al. Rivaroxaban versus Warfarin in non valvular Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365:883 – 89
10. Granger C.B., Alexander J.H., McMurray J.J.V., et al. Apixaban versus warfarin in patients with a atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365:981 – 992
11. Alonso Roca, R. Nuevos anticoagulantes orales: ¿Adiós al sintrom?. *Médicos de familia*. 2011;13: 66-69.
12. Miller CS, Grandi SM, Shimony A, Filion KB, Eisenberg MJ. Meta-analysis of efficacy and safety of new oral anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *Am J Cardiol*. 2012 Aug 1;110(3):453-60.
13. Uchino K, Hernandez AV. Dabigatran association with higher risk of acute coronary events: meta-analysis of noninferiority randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2012 Mar 12;172(5):397-402
14. Cotton BA, McCarthy JJ. Acutely injury patients on dabigatran. *N Engl J Med*. 2011;365:2039–40.
15. Freeman JV, Zhu RP, Owens DK, Garber AM, Hutton DW, Go AS, et al. Cost-effectiveness of dabigatran compared with warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation. *Annals of internal medicine*. 2011 Jan 4; 154 (1):1-1
16. Marshall S, Fearon P, Dawson J, Quinn TJ. Stop the clots, but at what cost? Pharmacoeconomics of dabigatran etexilate for the prevention of stroke in subjects with atrial fibrillation: a systematic literature review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2013 Feb 13; 1: 29-42.
17. González-Juanatey JR, Álvarez-Sabin J, Lobos JM, Martínez-Rubio A, Reverter JC, Oyagüez I, González-Rojas N, Becerra V. Cost-effectiveness of Dabigatran for Stroke Prevention in Non-valvular Atrial Fibrillation in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(10):901–910
18. Soler-Martínez S. Sobre el coste-efectividad del dabigatran. *Rev Esp Cardiol*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.12.002>
19. Dirección General de Estadística. Área de Gobierno y Hacienda y Administración Pública. Ayuntamiento de Madrid. 05 Distrito de Chamartín (2005). Disponible en: <http://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaServiciosSociales/PlanMadridConvivenciaSocial/CiudadMadrid/Chamartin.pdf>.
20. Duxbury B. Therapeutic control of anticoagulant treatment. *Br Med J* 1982; 284: 702-704.

ENCUESTA

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y OPINIÓN SOBRE NUEVOS ANTICOAGULANTES.

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación que se está realizando en el Centro de Salud para conocer la opinión de los pacientes sobre el tratamiento anticoagulante. Los datos que aporte serán anónimos. La encuesta es anónima y voluntaria, le invitamos a colaborar con nosotros, si usted acepta, y contestar las siguientes preguntas.

Instrucciones: Por favor seleccione la respuesta correcta a cada pregunta:

DATOS PERSONALES

1) **Edad:**

2) **Sexo:**

1- ☐ Mujer

2- ☐ Hombre

Por favor, si no quiere hacer la encuesta, le rogamos que nos indique el motivo.

No he contestado la encuesta porque:

1- ☐ No me gustan estos temas

2- ☐ Son temas privados

3- ☐ No entiendo la encuesta

4- ☐ No tengo tiempo para contestarla

5- ☐ Otros (especificar) _____

Por favor, marque la respuesta que considere más adecuada en cada pregunta.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar "el Sintrom®"?

1- ☐ Sí

2- ☐ No

2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

1- ☐ Sí

2- ☐ No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?

1- ☐ Sí

2- ☐ No

4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja usted de tomarlos?

1- ☐ Sí

2- ☐ No

Algunas preguntar sobre su opinión.

1) ¿Por qué considera Ud. que tomar Sintrom® es beneficioso?

1- ☐ Evitar la formación de coágulos en el cerebro o en el pulmón

2- ☐ Evitar problemas de corazón

3- ☐ No lo sé seguro.

2) ¿Cual piensa Ud. que podría ser el principal riesgo de tomar Sintrom®?

1- ☐ Mayor posibilidad de tener sangrados

2- ☐ Que altera el efecto de otros fármacos

3- ☐ No lo sé seguro

3) El Sintrom® se toma una vez al día. Esto a usted le parece:

1- ☐ Mal

2- ☐ Indiferente, me parece necesario sin más.

3- ☐ Bien

4) ¿Cómo valora tener que acudir cada mes a control de Sintrom® con su enfermera?

- 1- ☐ Mal
2- ☐ Indiferente, me parece necesario sin más.
3- ☐ Bien

5) Existe otro fármaco anticoagulante diferente al Sintrom®, que tienen las siguientes características. Indique en cada caso su opinión sobre cada una de ellas:

-Se toma 2 veces al día, esto le parece

- 1- ☐ Mal
2- ☐ Indiferente
3- ☐ Bien

-No necesita controles mensuales con enfermería. Esto le parece

- 1- ☐ Mal
2- ☐ Indiferente
3- ☐ Bien

-No existe una prueba rápida para medir los niveles de este nuevo fármaco en sangre, es decir, no podemos saber si el fármaco se encuentra en niveles adecuados.

Esto le parece

- 1- ☐ Mal
2- ☐ Indiferente
3- ☐ Bien

-No existe antídoto para el nuevo fármaco en caso de producirse un sangrado importante.

Esto le parece

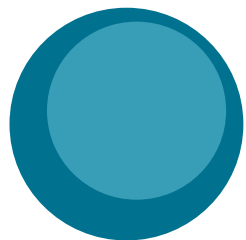
- 1- ☐ Mal
2- ☐ Indiferente
3- ☐ Bien

6) Recordando las preguntas anteriores sobre las comodidades e inconvenientes del nuevo anticoagulantes. Si Ud tuviera que elegir cual tratamiento anticoagulante tomar, elegiría:

- 1 – Sintrom® 2- Nuevo anticoagulante.

OBSERVACIONES GENERALES (Por favor, si tiene alguna observación o sugerencia sobre la encuesta o sobre estos temas, anótelas a continuación).

Muchas gracias por su colaboración.



EXPERIENCIA

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA 1ª JORNADA SOCIO-SANITARIA DE VILLANUEVA DE LA CAÑADA. “La colaboración a través del conocimiento”

■ Ramos Quirós, E; Llanes De Torres, R; Mateo Muñoz, A; Herrera Ventura PR; Rodríguez Álvarez, ML.
CS Villanueva de La Cañada

1. Objetivos de la experiencia

Cuando la comunidad de Madrid estableció por decreto el Área Única(1) recogió el desarrollo de indicadores y la fijación de objetivos para permitir evaluar la eficacia y eficiencia la gestión de los centros de salud, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias. En este planteamiento, sin embargo, apenas se tuvo en cuenta la particular consideración de las actividades realizadas sobre la población institucionalizada. Posteriormente, entre las nuevas herramientas de calidad implantadas, el Contrato Programa de Centro (CPC) sí recoge como uno de estos indicadores de salud el establecimiento de relaciones de colaboración con centros socio-sanitarios de la zona.

Presentamos en esta reseña una experiencia privilegiada de esta colaboración, especialmente necesaria en nuestra zona básica de salud, donde la población institucionalizada asciende -según los datos recogidos en el registro de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI)-, a mil trescientos pacientes repartidos en siete centros y pertenecientes a cuatro municipios (tabla 1).

En septiembre de 2013, y como consecuencia de la puesta en marcha de uno de los nuevos procedimientos de petición de absorbentes, tuvimos la necesidad urgente de reunirnos con todos los centros socio-sani-

tarios de la zona básica, algo que anteriormente sólo habíamos hecho de forma individualizada. Aquella reunión, además de permitirnos poner en marcha el protocolo que la motivó, nos llevó a reflexionar sobre la responsabilidad de todo el sector socio-sanitario hacia los pacientes y los procesos asistenciales y de cuidados compartidos, y la necesidad de abrir vías de comunicación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles para facilitar el trabajo conjunto. Nos pusimos cara y eso fue muy importante. Creemos en los equipos multidisciplinares. Estamos para compartir experiencias, mejorar nuestro día a día, y facilitarnos la vida.

Así pues, nos planteamos que el conocimiento mutuo del trabajo de ambos sectores nos podía permitir establecer puntos de encuentro y alianzas beneficiosas. Y establecer de esta manera una relación de cooperación que permitiera al centro de salud cumplir sus objetivos en salud para con los pacientes institucionalizados, y mejorar la gestión de los recursos. Y a las residencias, fortalecer vínculos y optimizar la tarea de esos ineludibles proveedores de servicios sanitarios que somos para ellas.

Con estas premisas, pergeñamos la 1ª JORNADA SOCIO-SANITARIA DE VILLANUEVA DE LA CAÑADA (figura 1) bajo el lema de “La colaboración a través

Tabla 1

CENTRO / CONSULTORIO	CENTRO SOCIOSANITARIO
C.S. VILLANUEVA DE LA CAÑADA	SANYRES
	AMMA
	JARDINES DE ESPAÑA
CONSULTORIO DE BRUNETE	GERIASA
	EL PILAR
CONSULTORIO DE VILLANUEVA DEL PARDILLO	MEDINACELLI
CONSULTORIO DE QUIJORNA	LOS MADROÑOS

del conocimiento”, y con el objetivo general de “compartir iniciativas y puntos de vista acerca del proceso asistencial que conlleva la atención a personas mayores, y crear una visión integral”. La residencia AMMA Villanueva se ofreció para acoger en sus instalaciones la celebración de esta primera jornada y nos emplazamos para la primavera de 2014.

2. Descripción de la experiencia

Al empezar el nuevo año de 2014, desde la Dirección del Centro de Salud de Villanueva de la Cañada se contactó con las siete residencias implicadas para intentar retomar el proyecto. La respuesta de todos los centros fue muy positiva y, desde ese momento, se empezó a organizar el evento, cuyo programa elaboramos entre todos. Y aceptamos gustosos la oferta que reiteró AMMA de acogernos en su casa.

Así pues, y haciendo coincidir la fecha de celebración con la Semana de la Salud que organiza el Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada, el 25 de abril del 2014 nos encontramos en la Residencia AMMA de Villanueva de la Cañada profesionales de los centros de salud y consultorios de la ZBS con representantes de todas las residencias de la zona (figuras 1 y 2).

Figura 1 y 2



Nuestra intención era revisar la accesibilidad de los diversos procedimientos administrativos y la mejora de los circuitos de comunicación, transmisión y actualización de información clínica; los procedimientos de cambio y actualización de los tratamientos agudos y crónicos; la solicitud y entrega de muestras; los mecanismos de derivación hospitalaria y transporte sanitario; la comunicación de altas y bajas de los residentes, etc.

Nos pareció más operativo dividir la jornada en dos mesas redondas: una asistencial, en la que las residencias expondrían cuatro temas diferentes; y otra de gestión, en la que el personal del centro de salud plantearía dos asuntos de interés general también. La actitud por parte de todos era excelente y tenía mucho que ver el lema escogido: “La colaboración a través del conocimiento”. El programa finalmente desarrollado siguió el siguiente esquema (figura 3):

- Mesa asistencial:

- Nuevo Acuerdo Marco para el medio socio-sanitario geriátrico
- Diversidad en la población de los centros
- Futuro de la discapacidad
- Cuidados al final de la vida

- Mesa de gestión:

- Implantación de receta electrónica
- Unificación y agilización de circuitos: suministros, altas/bajas, medicación urgente.

Cada uno de nosotros trabajó de forma coordinada con el resto. Los ponentes elaboraron sus exposiciones. La dirección de AMMA Villanueva, como anfitriona, facilitó en todo momento el apoyo tanto técnico como material que se le pidió. El centro de salud hizo de enlace para encajar todas las piezas del puzzle. Y tuvimos, asimismo, el apoyo de las instituciones con las que habíamos contactado: Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada y Dirección Asistencial Noroeste.

Como fin a esta jornada disfrutamos de una ponencia de D^a Carmen Ferrer, gerente del Hospital de Guadarrama y coordinadora científica de la estrategia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre el abordaje de la cronicidad(2). Sostuvimos con ella un enriquecedor diálogo sobre los distintos aspectos emergentes en este campo, reflexionando en particular sobre la carga de enfermedad que suponen en la actualidad las enfermedades crónicas y que de-

Figura 3

PROGRAMA	
Objetivos de la jornada <i>Compartir iniciativas y puntos de vista acerca del proceso asistencial que conlleva la atención a personas mayores y crear una visión integral</i>	09.00 - 09.30 Recepción asistentes 09.30 - 10.15 Acto de inauguración (Elena Ramos - Directora Centro de Salud Villanueva de la Cañada) (D. Luis Perillo - Concejal de Salud del Ayto. Vus. de la Cañada) (D. Alonso Gª - Director AMMA VILLANUEVA) 10.15 - 11.45 Mesa Asistencial (Moderador: Beatriz Corría - Psicóloga Residente en AMMA) - Nuevo Acuerdo marco para el medio sociosanitario geriátrico (Teresa María Manzano - Directora Residente en Medicina II) - Diversidad en la población de los centros (Ciprián Marañón - Médico Residente en Geriatria) (Nieves Corría - Directora Residente en Geriatria) - Futuro de la discapacidad (Mª Elisabet Irujo - Enfermera Residente en Jardines de España) - Cuidados al final de la vida en residencia (Sergio Rebolledo - Médico colaborador R. Los Rodeiros) 11.45 - 12.15 Café 12.15 - 13.00 Mesa de Gestión (Moderador: Rafael Linares - Coordinador Médico C. S. Vus. Cañada) - Implantación Receta electrónica (Lorena Rodríguez - M. Familia Consultorio Enxeta) - Unificación y agilización de circuitos (Paco Rosa Herrera Ventura - Enfermera C.S. Vus. Cañada) - Propuestas 13.00 - 13.45 Conferencia de clausura (Carmen Ferrer - Coordinadora científica de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del SSI) Gerente del Hospital de Guadarrama 13.45 - 14.00 Acto de Clausura, Conclusiones (Elena Ramos - Directora Centro de Salud Villanueva de la Cañada)

berían orientar al sistema a mejorar su prevención y a mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención: “más personas, más tiempo, más pluripatología, y más comorbilidad con situaciones de especial complejidad”.

3- Conclusiones

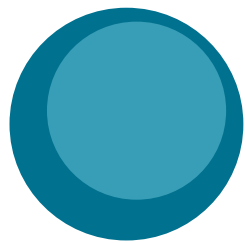
Como conclusiones, destacamos que más allá de los aspectos técnicos o profesionales, las relaciones personales e institucionales van a favorecer el mejor funcionamiento de cualquier proceso, destacando:

- La importancia de los equipos multidisciplinares
- Lo fundamental que es la información y su intercambio
- Y sobre todo, que el eje de nuestro esfuerzo siempre es el paciente

La experiencia fue altamente positiva para todas las partes implicadas y quedó el compromiso de institucionalizar la jornada, rotando la organización del evento por todos los centros socio-sanitarios, y coordinándolo el centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.
2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2012.



SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DE INDICADORES DE SALUD

■ Aránguez Ruiz E., Iriso Calle A., Cervigón Morales P.
Área de Vigilancia de Riesgos Ambientales en Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Vigilancia que utiliza la Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid han basado tradicionalmente su estrategia en la vigilancia de la variabilidad temporal de los fenómenos relacionados con la salud de la población, incluyendo en este concepto los niveles de salud, los de morbilidad o los factores de riesgo de diverso tipo. Tal es el caso, por ejemplo, de los sistemas de vigilancia epidemiológica o de los sistemas de información de salud ambiental e higiene alimentaria. Sin embargo, hay otra dimensión de la variabilidad de estos fenómenos, la espacial, que por diversas razones no se ha podido tener en cuenta adecuadamente y para la que existe una herramienta crucial: los Sistemas de Información Geográfica (SIG).

Sin profundizar en la definición de los SIG, baste decir que tienen entre sus objetivos fundamentales la representación cartográfica de la información, es decir, el conocimiento de la distribución espacial de los fenómenos; conocimiento que permite analizar las causas que conducen a dicha distribución, así como la concurrencia de otras variables espaciales.

Aplicados a la salud pública, los SIG permiten, por ejemplo, la identificación de los factores de riesgo ambiental a diferentes escalas, el análisis de la relación espacial entre estos riesgos y la frecuencia de determinados efectos en salud, los patrones de distribución de las variables de morbilidad en el espacio, la relación espacial entre los puntos sensibles desde el punto de vista sanitario y los factores de riesgo ambientales,.... Así mismo, permiten racionalizar el trabajo facilitando la gestión de los problemas de salud, la investigación sobre sus causas y el establecimiento de medidas preventivas. En definitiva, los SIG son instrumentos transversales en el sentido de que son herramientas útiles a los objetivos de muy diversos programas y acciones de salud⁽¹⁾.

Conscientes de estas potencialidades, hace más de diez años se desarrolló en el Instituto de Salud Pública

de la Comunidad de Madrid un visor cartográfico, instrumento perteneciente a la familia de los SIG distribuidos que permiten el acceso a grandes volúmenes de información espacial sin necesidad de un software sofisticado ni una formación específica. Se trata de poner en manos de todo tipo de usuarios la información que en cada caso se requiera. En nuestro caso lo que se hace es compartir información sobre variables de salud y sus determinantes a través del visor del Sistema de Información Geográfica de Indicadores de Salud (SIGIS).

OBJETIVOS

El objetivo fundamental del SIGIS es facilitar la lectura del territorio de la Comunidad de Madrid en términos de salud, lo que significa no solo conocer la distribución espacial de las principales causas de enfermedad, sino también de la presencia de condicionantes demográficos, socioeconómicos o ambientales para la salud, así como la ubicación de los principales recursos comunitarios.

Este objetivo general se concreta en la elaboración, y actualización permanente, de mapas sobre indicadores sociodemográficos, socioeconómicos, ambientales, de morbilidad y de recursos sanitarios, sociales, educativos, culturales y recreativos.

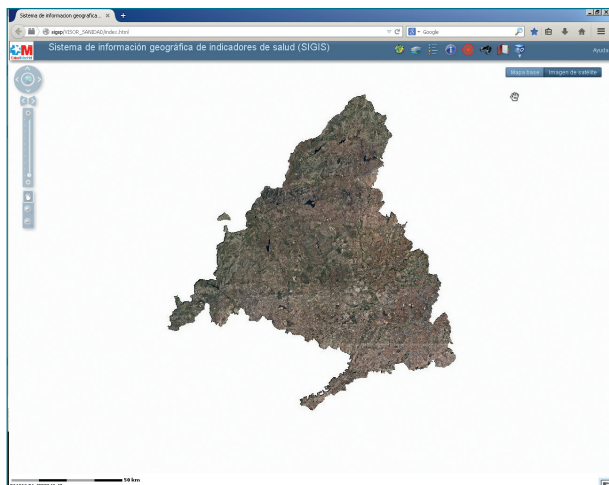
DESCRIPCIÓN DEL SIGIS

Acceso a la herramienta

Al SIGIS se accede mediante cualquier navegador de Internet en la página de inicio de la Consejería de Sanidad, en aplicaciones informáticas (http://sigsp/VI-SOR_SANIDAD/index.html). (fig 1)

Como todos los visores cartográficos, o SIG distribuidos, el SIGIS tiene la doble ventaja de que se maneja desde un navegador común de Internet, cualquiera de los que se utilizan a diario, sin necesidad de pro-

Figura 1. Página de acceso al visor (imagen capturada del SIGIS)



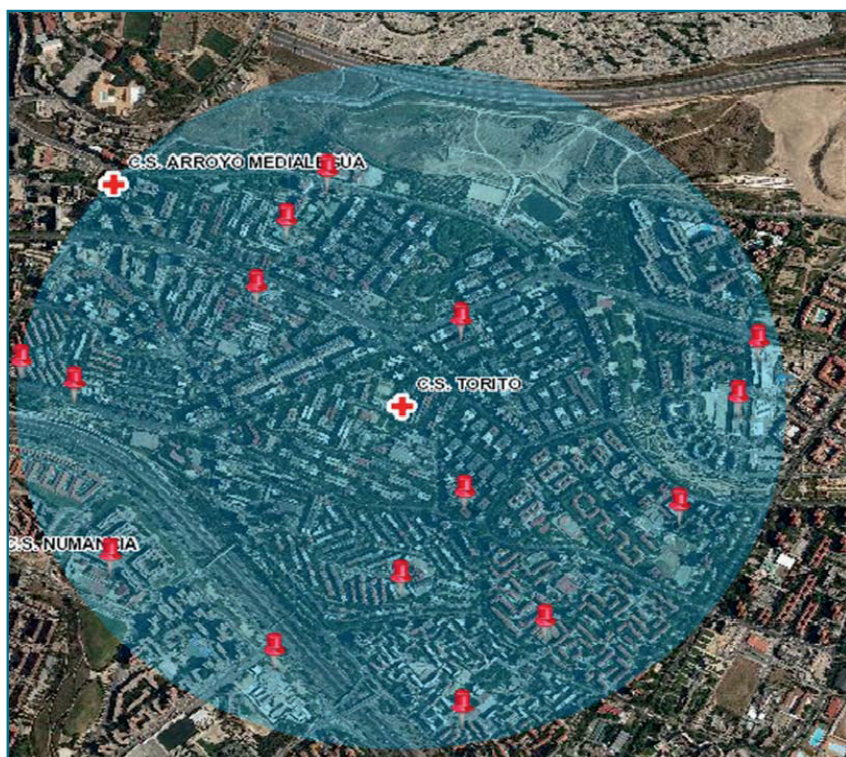
gramas de difícil manejo, ya sea por el precio o por la complejidad que comporta el uso de herramientas nuevas, y de que permite disponer de gran cantidad de información ya elaborada. Se puede decir que estas herramientas descentralizan al máximo el uso de información espacial^(2,3).

Un ejemplo permite entender esto con claridad. Imagínese que se necesita conocer el número de niños que residen en un radio de 500 metros de un centro de atención primaria así como los colegios y alumnos en los diferentes niveles educativos que se ubican en

esa zona con el fin de emprender una campaña de promoción de la salud. Para conseguir esta información con medios convencionales habría que dirigirse a las autoridades educativas para que proporcionaran la relación de colegios y alumnos. También habría que dirigirse al Instituto de Estadística o al Ayuntamiento para que aportaran los datos del padrón de habitantes. Después, habría que instalar un software que nos permitiera seleccionar espacialmente los colegios y los edificios situados a menos de 500 metros del centro de salud, aprender a manejarlo y, finalmente, realizar la operación de extraer la información requerida. Todo el proceso puede suponer varios días y con un resultado incierto. Con el visor del Sistema de información geográfica de indicadores de salud esto se puede resolver en muy poco tiempo. Y si después se necesita saber cuántos inmigrantes hay o a qué nivel socioeconómico pertenecen las zonas en las que residen o estudian los niños, se puede obtener la información con mucha rapidez. Y esta agilidad se debe a que el sistema, de forma centralizada, ha sido alimentado con esa información ya elaborada y dispone de las herramientas necesarias para realizar múltiples consultas. Y esas funciones del visor, además, son útiles a un amplio abanico de profesionales de la salud: asistenciales, epidemiólogos, profesionales de la salud ambiental, etc. De esta forma se pueden definir como las dos principales características del acceso al SIGIS su agilidad y versatilidad (fig. 2).

Tipos de mapas disponibles en SIGIS y criterios de representación cartográfica

Figura 2. Selección de colegios próximos a un centro de atención primaria (imagen capturada del SIGIS)



La información espacial se expresa en forma de mapas. En pocas palabras, un mapa es un medio de expresión que utiliza como vehículo una representación convencional de algunos elementos de la realidad espacial para transmitir un mensaje: por ejemplo, cómo se distribuyen los casos de una determinada enfermedad en el territorio. Y para ello utiliza algunas convenciones necesarias para que el mensaje sea entendido y, sobre todo, una selección de elementos cartografiados. Un mapa no puede contener todos los elementos de la realidad, no se entendería.

Esta representación de la realidad es eficaz en función de que se realice con precisión geométrica, producto del proceso de proyección (un mapa es una superficie de dos dimensiones en la que se representa un mundo tridimensional lo que requiere una proyección cartográfica que minimice las inevitables deformaciones), de la asignación de coordenadas que

sitúen con exactitud los elementos en el mapa y del establecimiento de una escala que permita relacionar el tamaño de esos elementos y sus distancias con las del mundo real. Gracias a esta precisión geométrica será posible medir la relación de las variables: las distancias y orientación relativa entre los casos de una enfermedad o con determinados factores de riesgo ambiental, por ejemplo.

Tipos de mapas

Los tipos de mapas disponibles en SIGIS son mapas temáticos que representan la distribución espacial de diversas variables, tanto cualitativas como cuantitativas, cuya unidad de observación puede ser un punto, una línea o un polígono. Algunos son visualizaciones espaciales de los registros de diferentes sistemas de información existentes, como el del sistema de información de sanidad ambiental e higiene alimentaria (SAHAWEB) que registra todas las instalaciones y establecimientos sometidos a autorización sanitaria (desde torres de refrigeración a almacenes de biocidas, o piscinas o mataderos). De mismo tipo es el mapa de recursos sociosanitarios, aunque aquí la fuente es múltiple: los registros de las consejerías de educación, asuntos sociales, sanidad, etc. También en este apartado se encuentran los mapas de ubicación de instalaciones con gran poder contaminante, como son las industrias incluidas en el Registro estatal de emisiones y fuentes contaminantes (PRTR-España)⁽⁴⁾. Todas estas instalaciones se localizan en un punto, la dirección postal.

La mayor parte de los mapas sin embargo, son mapas temáticos de variables asociadas a diversas demarcaciones territoriales: mapas de indicadores demográficos por secciones censales o zonas básicas de salud, mapas de mortalidad por diversas causas, etc.

Criterios de representación cartográfica

La elaboración de los mapas temáticos requiere adoptar una serie de criterios que se describen en un documento de metadatos publicado en el mismo sitio del visor. Algunos de estos son de carácter general en relación a los mapas temáticos de variables cuantitativas como las referidas al color y al establecimiento de intervalos en el rango de una variable y otros requieren una elaboración específica como la interpolación y la estimación de valores.

1. Pautas en el uso de colores

Para representar el rango de una variable cuantitativa se utiliza un solo color en diversas gamas de tonalidad de menor a mayor intensidad en función del incremento de la variable. El blanco no representa valores bajos sino nulos. Cuando se trata de una variable continua con punto de inflexión o valor de referencia en torno al cual se distribuyen los valores por encima o por debajo

de dicho nivel se utilizan tres colores, uno neutro para representar el valor de inflexión y dos gamas de tonalidades para los valores inferiores (tonos fríos) y para los valores superiores (tonos cálidos). Por ejemplo, en el caso de la mortalidad, los valores representados no son las tasas estandarizadas sino la relación de tasas respecto a la media de la Comunidad de Madrid, utilizándose tonos cálidos para las zonas con valores superiores a la media y tonos fríos para los inferiores, y reservando el amarillo pálido para los valores centrales⁽⁵⁾.

2. Elección de intervalos

Los puntos de corte elegidos para distribuir una variable en intervalos son un elemento clave en la elaboración del mapa como medio de comunicación, pues de esta elección deriva una interpretación diferente de los datos. Para comprender la importancia de esta elección, se incluyen a continuación dos mapas de la misma variable, incremento de la población por municipios de la Comunidad de Madrid en el periodo 1981 a 2000⁽⁶⁾.

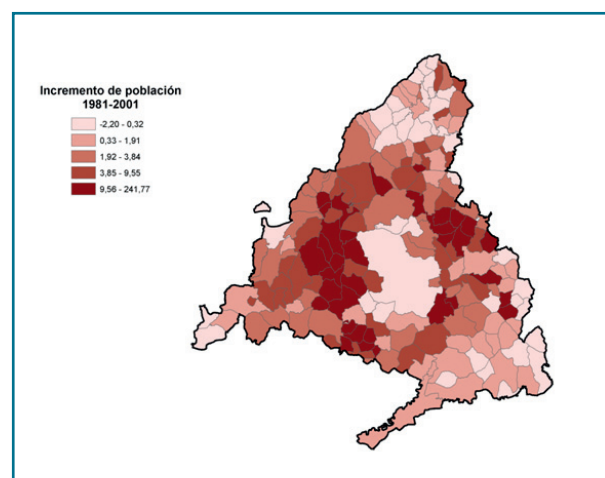
El primero de ellos divide el rango de la variable en cinco intervalos utilizando los quintiles, es decir, divide el número total de individuos de observación (en este caso municipios) en cinco grupos con el mismo número de individuos.

El segundo mapa utiliza como cortes de los cinco intervalos los puntos de ruptura naturales (basado en el algoritmo de optimización de Jenks). Las clases o intervalos se basan en agrupaciones naturales inherentes en la serie de datos. De forma automática se identifican los puntos de ruptura, es decir, donde hay saltos relativamente grandes de los valores, con lo que se optimiza la agrupación de valores similares, minimizando las varianzas intraclase y maximizando las diferencias interclase⁽⁷⁾.

1. Cuantiles

2. Rupturas naturales

Figura 3. Diferentes métodos para establecer intervalos en el mapa de una variable cuantitativa



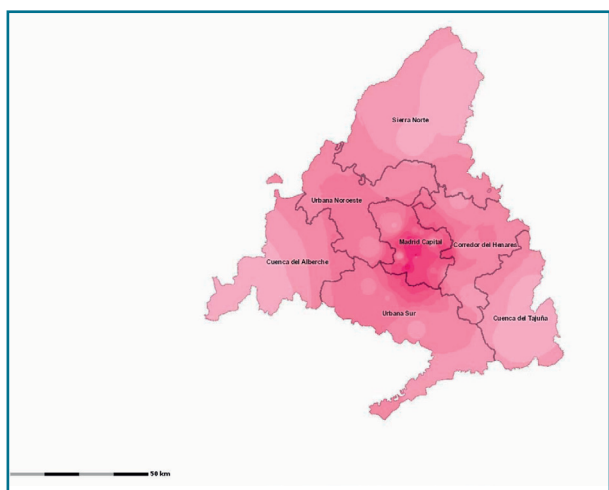
Las diferencias entre lo que comunican los dos mapas son muy marcadas, según el método de creación de intervalos elegido. Los datos son los mismos pero se cuentan de manera muy diferente. Esto hay que tenerlo claro siempre que se interpreten datos espaciales⁽⁸⁾.

Por su mayor expresividad, en el SIGIS, se ha optado por utilizar este último método de rupturas naturales. Solo en casos concretos se ha modificado puntualmente este criterio para adaptarlo a la naturaleza de los datos (por ejemplo para separar valores negativos de positivos en el caso del ejemplo si hubiera municipios que hubieran perdido población).

3. Interpolación: de puntos a superficies

Junto a esta información cartográfica que traslada datos ya existentes a mapas, tras los procesos de elaboración oportunos, hay otros mapas en SIGIS que necesitan una elaboración específica de fuentes de información. Es el caso de los mapas que presentan la distribución espacial de una variable en todo el territorio a partir de los datos obtenidos en puntos determinados, mediante diferentes métodos de interpolación. Tal es el caso de los mapas de contaminación atmosférica, por ejemplo. Puesto que la población reside en diferentes espacios, con el fin de poder conocer la exposición a la contaminación del aire en los lugares en los que residen, trabajan o estudian los individuos, en estos mapas se procede a interpolar los valores obtenidos en los puntos muestrales (estaciones de control de la calidad del aire) para estimar los niveles de contaminación en cualquier punto del territorio de la Comunidad de Madrid⁽⁹⁾. (Fig 4)

Figura 4. Niveles de contaminación por NO2 en la Comunidad de Madrid. Media anual 2011 (imagen capturada del SIGIS)



4.- Estimación de valores: de superficies a puntos

También hay una elaboración específica en la información demográfica referida a direcciones postales, mapa que estima la población por edad y sexo que

reside en cada portal de la Comunidad de Madrid a partir de la información por secciones censales, que es la información espacial más precisa que ofrece el Instituto de Estadística.

Además de estos mapas elaborados ex profeso para este visor, también está disponible en el SIGIS la información cartográfica necesaria para ubicarse en el territorio (como las zonificaciones administrativas) o para conocer algunos recursos básicos naturales (ríos) o artificiales (transporte, callejero, etc.)

La relación de mapas disponibles en este momento (octubre de 2014) en el SIGIS aparece en la tabla 1.

La información no solo se actualiza sino que puede cambiar se acuerdo con los intereses de los usuarios. Es el caso de la información referida por ejemplo a brotes. En su momento se cartografió en el visor del SIGIS la evolución de la pandemia de gripe A en 2009 y en la actualidad aparece información sobre el brote de leishmaniasis que afecta al suroeste del Área Metropolitana de la Comunidad de Madrid.

Manejo del visor

Pese a ser muy importante la visualización de elementos y variables en un mapa, lo más característico de un visor cartográfico es la generación de información que no es posible obtener de ninguna otra fuente. ¿Cómo se puede conocer cuántos niños menores de 15 años viven en un radio de 1000 metros de mi centro de salud? O bien, ¿Cuántas residencias de personas mayores se sitúan en zonas altamente contaminadas? O bien, ¿Qué instalaciones deportivas hay próximas a la vivienda de un paciente al que se le ha indicado actividad física regular? La casuística es infinita y así lo son las preguntas que se pueden formular. El SIGIS permite contestar a ese tipo de preguntas.

Sin ánimo de ser exhaustivos, se presentan a continuación, con datos ficticios, algunas situaciones a las que el visor da respuesta. El lector puede consultar los detalles de la realización de estos supuestos prácticos en la ayuda del propio visor.

Supuesto práctico: Análisis territorial del entorno de la Residencia para personas mayores Nuestra Señora de Valverde

En un radio de 500 metros alrededor de la Residencia Nuestra Señora de Valverde hay 4 industrias químicas registradas en SAHAWEB: Tres de ellas son industrias de servicios de DDD y desinfección de torres de refrigeración sin almacén y la última es una industria química de importación/exportación. Los años de la última inspección oscilan entre 2003 y 2012.

En las secciones censales que intersecta el círculo de 500 metros de radio en torno a la residencia, están

empadronadas a 1 de enero de 2013, 24 383 personas,

11 756 hombres y 16 627 mujeres. Hay en la zona 405 hombres mayores de 80 años, de los cuales 161 tienen más de 85. En el caso de las mujeres son 837 y 396 respectivamente. La distribución en tres grandes grupos de edad (de 0 a 14 años, de 15 a 64 y mayores de 64) para cada sexo refleja que mientras en el caso de las mujeres hay más mayores de 65 que menores de 15, en el caso de los hombres la situación es la contraria.

Supuesto práctico: La contaminación atmosférica por ozono y NO₂ en la Comunidad de Madrid

La Consejería de Medio Ambiente tiene establecidas siete zonas de contaminación atmosférica (zonas de características similares desde este punto de vista): El municipio de Madrid, tres zonas mixtas urbano-rurales (Corredor del Henares, Zona Urbana Noroeste y Urbana Sur) y tres zonas periféricas rurales (Sierra Norte, Cuenca del Tajuña y Cuenca del Alberche)

Se utilizan los datos de 2011. El mapa de distribución del ozono (número de días en los que la media móvil de ocho horas máxima es superior a los 120 µg/m³, que marca la legislación como valor objetivo para la protección de la salud humana y que no debe superarse más de 25 días al año) muestra que este contaminante se encuentra fundamentalmente en zonas alejadas del área metropolitana. Los valores más altos se dan en las Cuencas del Alberche y Tajuña (esquinas SO y SE respectivamente) y en la Sierra Norte. También son altos en gran parte del corredor del Henares.

En la zona Suroccidental, por ejemplo, los municipios más afectados serían los de Cenicientos, Rozas de Puerto Real, Cadalso de los Vidrios, San Martín de Valdeiglesias, Pelayos de la Presa, Robledo de Chavela, Valdemaqueda, Navas del Rey, Colmenar del Arroyo, Chapinería y Fresnedillas de la Oliva, todos ellos con más de 25 días por encima del valor umbral,

aunque en gran parte del municipio de San Martín de Valdeiglesias los valores se encuentran entre 60 y 71 días

Por el contrario, la distribución de NO₂ (número de horas en las que se superaron en 2011 los 200 µg/m³ que marca la legislación como límite de protección de la salud humana y que no debe superarse más de 18 veces al año es prácticamente inversa: los valores más altos se dan en el área metropolitana, fundamentalmente en la ciudad de Madrid.

Supuesto práctico: Se precisa calcular la población más vulnerable residente en las proximidades de plantas de tratamiento de residuos del Registro estatal de emisiones y fuentes contaminantes (PRTR- España) en el municipio de Alcalá de Henares.

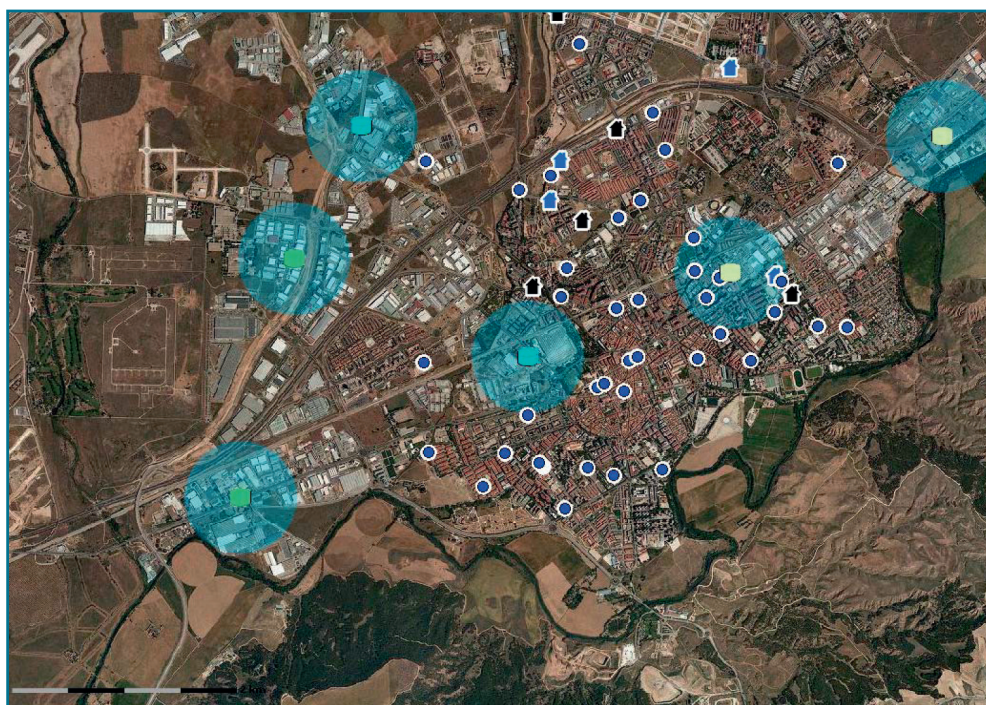
Existen seis empresas de estas características.

Las industrias se sitúan en el perímetro del casco urbano, en polígonos industriales, 2 situados en la Autovía A-2 (autovía del Nordeste E-90) y en la M-100, paralela al arroyo de la Cuba. Hay dos industrias que se ubican más cerca del centro urbano.

La población residente en un área de 250 m de todas las instalaciones es de 4203 habitantes, de los cuales 501 son menores de 15 años y 160 son mayores de 80 años.

En un radio de 1000 m hay dos residencias de personas mayores y 27 centros educativos de primaria (6

Figura 5. Instalaciones sensibles y su distancia a zonas potencialmente contaminadas (imagen capturada del SIGIS).



a 12 años). Cinco de estos centros están a menos de 500 m y reúnen a 1735 alumnos.(Fig. 5)

CONCLUSIONES

El SIGIS posibilita el conocimiento desde un punto de vista espacial de los principales condicionantes para la salud presentes en el territorio de la Comunidad de Madrid.

El visor permite utilizar e integrar la información de múltiples fuentes en una sola herramienta para ges-

tionar y dar soluciones a problemas de salud pública, así como generar nueva información a partir de la ya existente de una forma eficaz y ágil en el tiempo.

Los ejemplos presentados muestran la utilidad de esta herramienta para evaluar riesgos y problemas de salud desde el punto de vista espacial, así como su papel en la generación de directrices y estrategias de actuación, la toma de decisiones y la gestión eficiente de recursos

BIBLIOGRAFÍA

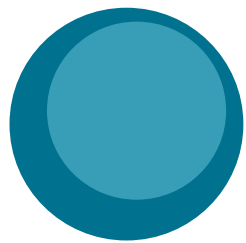
1. Aránguez E, Arribas M, Aránguez J y Ordóñez. JM. Salud y territorio. Aplicaciones prácticas de los sistemas de información geográfica a la salud ambiental. Madrid. Sociedad Española de Sanidad Ambiental. Serie De aeribus, aquis et locis nº 2. 2012.
2. Harder, C. Serving Maps on the Internet. Geographic Information on the World Wide Web. Redlands, CA. Environmental Systems Research Institute, Inc. 1998.
3. Tait MG. Implementing geoportals: applications of distributed GIS. Computers, Environment and Urban Systems; 2005;29(1): 33-47.
4. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Registro estatal de emisiones y fuentes contaminantes. Disponible en: <http://www.prtr-es.es/>
5. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid 2012. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://informesdesalud.salud.madrid.org/docs/INFORME2012.pdf>
6. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Padrón continuo. Resultados detallados. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupcrd.htm>
7. Jenks, GF. Generalization in statistical mapping. Annals of the Association of American Geographers. 1963;53: 15-26
8. Cromley RG. A comparison of optimal classification strategies for choroplethic displays of spatially aggregated data. International Journal of Geographical Information Systems. 1996; 10(4):405-424.
9. Cañada Torrecilla MR, Moreno Jiménez A y González Lorenzo H. Modelado de la calidad del aire urbano. Un experimento metodológico con técnicas de interpolación espacial. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles N.º 65 – 2014

Tabla 1. Listado de mapas disponibles en el SIGIS (octubre 2014)

NOMBRE DEL MAPA	CONTENIDO
Grupo soporte territorial	
Imagen de satélite	2011. Resolución 25 cm.
Información territorial (cargado por defecto)	Zonificaciones (Áreas , distritos y zonas de salud; códigos postales; municipios, distritos municipales y barrios; Direcciones asistenciales). Callejero (portales, puntos Km, ejes de calles y carreteras), Red de transporte (líneas y estaciones metro, autobuses urbanos e interurbanos, metro ligero y cercanías), Medio físico (altimetría, red hidrográfica, arbolado).
Grupo recursos	
Recursos sociosanitarios	Recursos sociosanitarios de la Comunidad de Madrid: centros sanitarios, educativos, de mayores, de inmigrantes, otros centros asistenciales, farmacias, instalaciones para la práctica del ejercicio físico, centros y servicios culturales, comerciales ...

NOMBRE DEL MAPA	CONTENIDO
Grupo determinantes sociodemográficos y socioeconómicos	
Población: N° habitantes	Total de población por municipios, zonificación sanitaria y zonas estadísticas, teniendo como referencia la información de los censos de población desde 1960 hasta el dato del último padrón disponible.
Cálculo de población expuesta	Población residente por grupos de edad por portales y secciones censales de la comunidad de Madrid. Sirve para calcular la población expuesta a cualquier situación o afectada por cualquier alerta a partir de un área de influencia
Densidad de población	Densidad de la población por municipios, zonificación sanitaria y zonas estadísticas, teniendo como referencia la información de los censos de población desde 1960 hasta el dato del último padrón disponible
Incremento poblacional	Evolución de la población expresada en porcentaje medio anual de incremento o decremento por municipios, zonificación sanitaria y zonas estadísticas.
Estructura demográfica	Índices de dependencia según la distribución de población en tres grandes grupos de edad (0 a 14 años, 15 - 64 años y más de 64 años); índice de envejecimiento; proporción de masculinidad y reemplazo; y razón de progresividad. Se cartografían por sección censal, zonificación sanitaria, municipios y zonas estadísticas.
Población inmigrante	Inmigrantes por secciones censales, zonas básicas de salud, municipios, distritos y barrios de Madrid: total y por nacionalidades más relevantes (número y %); agrupación espacial de las nacionalidades predominantes.
Indicadores socioeconómicos	Renta Mínima de Inserción (RMI) por secciones censales (2013). Porcentaje de población que vive en hacinamiento moderado o crítico por municipios y porcentaje de desempleo por zona básica de salud. Índice de privación por zonas básicas y secciones censales (Proyecto Medea) (censo 2001)
Mapa de riesgos de la vulnerabilidad	Núcleos de chabolas, zonas básicas seleccionadas, Cañada Real
Grupo determinantes ambientales	
Establecimientos Sahaweb	Establecimientos registrados en Sahaweb, actualizados mensualmente. Se incorporarán al mapa progresivamente por tipos de actividad. Se excluyen los establecimientos dados de baja (código IT_ESTADO: B) Actualmente hay cargados: torres de refrigeración, mataderos, salas de despiece, industria química, detergentes, biocidas, de materiales en contacto con alimentos, granjas escuela, perreras, parques acuáticos, zonas de baño, piscinas municipales
Polen	Concentraciones atmosféricas de los cinco tipos polínicos con mayor capacidad alérgica (cupresáceas, plátano, gramíneas, plantago y olivo) registradas en las estaciones de la red PALINOCAM.

NOMBRE DEL MAPA	CONTENIDO
Zonas de abastecimiento	Ubicación de las zonas de abastecimiento.
Contaminación atmosférica	Concentraciones atmosféricas de PM10, SO2, NO2, CO y Ozono troposférico según los datos procedentes de las redes de control del Ayuntamiento de Madrid y de la Consejería de Medio Ambiente.
Registro estatal de emisiones y fuentes contaminantes (PRTR-España)	Complejos industriales que están obligados a informar sobre sustancias contaminantes emitidas al aire, agua y suelo y sobre las emisiones accidentales, emisiones de fuentes difusas y la transferencia de residuos fuera de los complejos industriales
Grupo morbilidad	
Legionelosis	Casos de legionelosis notificados en los dos últimos años. Tasas anuales por 100.000 habitantes por zona básica y distrito sanitario.
Asma	Número de altas hospitalarias registradas al año por cada 1.000 habitantes (tasa bruta de incidencia) para la población general y para los grupos de edad de mayor interés (0-4 y 5-14 años) por área de salud y por distrito sanitario.
Sida	Tasas brutas de SIDA de cuatro quinquenios (1986-2005), mediante interpolación espacial, tomando como base territorial los distritos postales del domicilio de los casos al momento del diagnóstico.
Diversas EDO	Sarampión, tos ferina, hepatitis b, otras hepatitis. 2011
Grupo mortalidad (series 2001-2005; 2006-2010; 2007-2011)	
Mortalidad general	Mortalidad por todas las causas. Razón de mortalidad estandarizada por zona básica.
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil, neonatal (precoz y tardía) y post neonatal.
Mortalidad por causas externas	Mortalidad por causas externas.
Mortalidad por tumores	Mortalidad por tumores.
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio.
Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo	Mortalidad por enfermedades del sistema digestivo.
Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio	Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio.
Mortalidad por otras causas	Se replican los mapas de mortalidad publicados en el informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid del año 2007.



GRUPOS DE TRABAJO SoMaMFyC

ACTUALIZACIONES PLIS PLAS 2014

■ Ofrecemos en este apartado la exposición del GdT de Bioética celebrado en el Congreso celebrado el 3 de abril de 2014.

En el formato denominado PLIS – PLAS, se solicita a estos grupos que expongan de forma breve, en no más de seis minutos, las novedades, temas importantes o actualizaciones de su área de trabajo.

GdT Bioética de la SoMaMFyC

¿NOS PARECE ÉTICA EL PROYECTO DE LEY DEL ABORTO?

GdT de Bioética de la SoMaMFyC

La aprobación por parte del Consejo de Ministros en el pasado noviembre de 2013 del Anteproyecto de Ley Orgánica (APLO) “para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada” que puede suponer el cambio legislativo de la Ley Orgánica de 2010 en la que se regula la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), vulgo aborto, hace que el Grupo de Bioética de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria elija este APLO como tema de interés para esta sección del Plis-Plas del Congreso y considerar si ¿Nos parece ética la “ley Gallardón”?

Queremos comenzar con una consideración de tipo histórica. La 1ª regulación data de 1985 y en ella se plantea una despenalización del delito de aborto en unos determinados supuestos (violación previa denuncia, grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer y graves taras físicas o psíquicas en el feto hasta la 22ª semana). En la 2ª regulación de 2010, se plantea como un derecho de la mujer que puede abortar de acuerdo con una serie de plazos (hasta la 14ª semana por petición de la mujer o hasta la 22ª semana de gestación si hay grave riesgo para su salud o anomalías graves o incompatibles con la vida del feto). En el APLO que se plantea para su tramitación se vuelve a despenalizar la interrupción en los supuestos de violación previa denuncia y en caso de grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la mujer ó anomalía fetal incompatible con la vida en el feto y en estos casos hasta la 22ª semana.

Una vez planteado el marco histórico creemos independientemente de la nuestra consideración ética que se debería abordar una regulación que deje este tema tan sensible para la sociedad fuera de las alternancias políticas para evitar situaciones de peloteos en función de las mayorías gobernantes. Desde esta postura

creemos que la mejor forma de enfrentarnos a esta situación dilemática es mediante la deliberación que es el método propio de la ética; por ello repasaremos los hechos sobre los que dilucidar; los valores en conflicto; los cursos de acción extremos y las consecuencias extremas que de dichos cursos se derivan; cursos de acción intermedios con acciones necesarias para llegar a una recomendación de acción.

Hechos:

- la gestación como comienzo de la vida. Mientras que en el final de la vida, la ciencia ha sido capaz de delimitar diferentes estados y no hablar de vida ó muerte en el comienzo de la vida no se ha llegado a poder tener un estatuto del embrión que nos diferencie fecundación, anidación, diferenciación y autonomía del embrión que pueden posibilitar diferentes tipos de actuaciones.
- circunstancias que son propias de la mujer. Características económicas, socioculturales, patologías previas, origen del embarazo (violación,...)

Valores en conflicto:

- el respeto a las decisiones autónomas de la mujer embarazada frente a la inviolabilidad de la vida del nasciturus

Cursos extremos:

- la libertad de elección de la mujer como derecho absoluto frente a la protección de la vida como deber absoluto.

Consecuencias extremas derivadas de los cursos anteriores:

- utilización de la IVE como método anticonceptivo lo que conlleva a una banalización de esta práctica sanitaria
- ausencia de condiciones de seguridad y de justicia en la realización de la IVE con el consiguiente riesgo sanitario si no se desarrolla en las unas condiciones adecuadas.

Cursos intermedios:

- evaluar los riesgos (biopsicosociales) de la mujer embarazada

- evaluar la viabilidad del embrión
- evaluar las circunstancias y consecuencias tanto de la gestación como de su interrupción.
- informar a la mujer de la situación y valorar su grado de capacidad para la toma de decisiones.
- explorar alternativas para la mujer (adopción, ...)
- mejora de las condiciones socioeconómicas de la mujer que opte a continuar su gestación.
- facilitar la elección responsable de métodos anti-conceptivos seguros y eficaces.

Acciones precisas.

- debatir un estatuto del embrión
- promover acciones integrales para la prevención de embarazos no deseados
- explorar nuevos métodos de IVE farmacológicas
- mejorar las ayudas públicas para la mujer embarazada

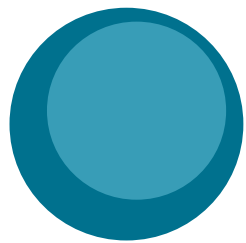
Por todo lo anterior nos parece que el APLO se inclina hacia un curso extremo (deber de mantener la vida del nasciturus) y daña gravemente el derecho de la autonomía en la decisión de la mujer aumentando los riesgos para su salud en el caso de abortos no legales.

Esta situación ha sido puesta también de manifiesto por diferentes Sociedades Médicas (de Ginecología, de Psiquiatría, de Genética, de Enfermería y Medicina de Atención Primaria y Comunitaria) y la Organización Médica Colegial.

Queremos concluir haciendo notar que en cualquier caso y en cualquier tipo de decisión el médico de familia nunca abandona a su paciente embarazada ni tampoco la condena. Siempre la atiende y respeta su decisión.

PLAN DE ACTIVIDADES SoMaMFyC - 2015

14, 21 y 28 de enero	USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	15 h	Ed. Tarde: 16-21 horas
5 de febrero	ACTUALIZACIÓN EN INSULINOTERAPIA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Patrocinado por Novo Nordisk	5 h	Ed. Mañana: 9-14 horas Ed. Tarde: 16-21 horas
18 de febrero	CURSO ANTIDIABETICOS ORALES. Patrocinado por Abbott	5 h	Ed. Mañana: 9-14 horas Ed. Tarde: 16-21 horas
24 de febrero, 17 de marzo, 14 de abril, 12 de mayo y 9 de junio	EL VALOR DE LEER. HABILIDADES NARRATIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA.	10 h 28 h	10 h en 5 sesiones presenciales 16,30 a 18,30 h 28 horas a distancia
25 y 26 febrero	ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA EPOC EN A.P. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, NOVEDADES TERAPÉUTICAS Y CONTROL DE LAS AGUDIZACIONES. Patrocinado por AstraZeneca	10 h	Ed. Mañana: 9-14 horas Ed. Tarde: 16-21 horas
3 y 4 de marzo	ELECTROCARDIOGRAFÍA PRÁCTICA PARA MÉDICOS DE FAMILIA. Patrocinado por Almirall.	10 h	Ed. Mañana: 9-14 horas Ed. Tarde: 16-21 horas
10 y 11 de marzo	CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ASMA. Patrocinado por AstraZeneca	5 h	Ed. Mañana: 9-14 horas Ed. Tarde: 16-21 horas
27 de marzo	XVII JORNADAS DE RESIDENTES DE LA SoMaMFyC		
23 de abril	XXIV CONGRESO DE LA SoMaMFyC		



CASOS CLÍNICOS

1. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD CELÍACA

■ Miranda García M.¹, Chico Civera R.¹, Agud Fernández M1, Malagón Caussade F²

⁽¹⁾ Médico Adjunto Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón.

⁽²⁾ Jefe de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca es una patología frecuente en la población y que afecta tanto a niños como a adultos. El diagnóstico precoz, un seguimiento adecuado y una atención integral son muy importantes para manejar bien esta patología. Los médicos de atención primaria tienen que tener presente esta enfermedad, que puede presentarse de muy diversas formas.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión acerca de esta patología a propósito de un caso clínico diagnosticado en el Hospital Universitario de Torrejón.

Palabras clave: enfermedad celíaca, anemia, síndromes de malabsorción.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales

Paciente de origen argentino que lleva viviendo en España los últimos 6 años y previamente en Argentina en ambiente urbano, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes personales de interés.

Enfermedad actual

Varón de 37 años que consulta por dolor abdominal de inicio hipogástrico, que posteriormente asciende a mesogastrio, asociado a náuseas y un vómito con hebras hemáticas. Cuadro de 2 meses de evolución de artralgias en miembros inferiores (tobillos) sin signos inflamatorios, que se extiende a miembros superiores y cintura escapular, sensación pseudogripal sin fiebre. Así mismo refiere cuadro de diarrea tras la ingesta sin productos patológicos, que no ha presentado previamente. No viajes al extranjero.

Exploración física

Tensión arterial: 140/70mmHg. Frecuencia cardíaca: 105 latidos por minuto. Temperatura 36°C. Saturación de oxígeno 100%. Consciente y orientado.

Lesiones maculares en pómulos que sugieren cloasma. No lesiones orales.

No adenopatías cervicales ni axilares. No ingurgitación venosa yugular, no bocio.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Auscultación cardíaca: rítmico, soplo panfocal sistólico que borra segundo tono y es audible en zona dorsal. Abdomen: distendido, con dolor a la palpación difusa, más localizado en hipogastrio. Lesiones por rascado y eczema hiperpigmentado en flancos. Miembros inferiores: no edema, no lesiones cutáneas. No tetania. Neurológico: no focalidad neurológica.

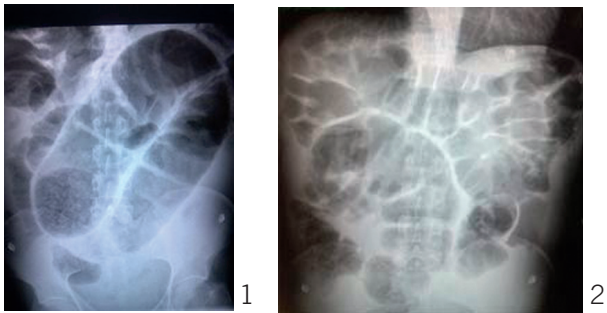
Pruebas complementarias

Lavado con sonda nasogástrica en urgencias: sin restos hemáticos.

Analítica en urgencias: *Tiempo de Protrombina, 23.7 sg (10-14) Índice de Quick, 38.6% (70-130) INR 2.05 (0.85-1.15) TTPA 44.2 sg (26-36)*. Fibrinógeno 298 mg/dl. Glucosa 198 mg/dl. Urea 22 mg/dl. Creatinina 0.6 mg/dl. Bilirrubina total 0.4 mg/dl. *GOT 51 UI/L (5-45). GPT 65 UI/L (5-55). Fosfatasa alcalina 292 UI/L (25-100)*. Gamma-GT 13 UI/L. LDH 769 UI/L (211-423). Amilasa 61 UI/L. CK 214 UI/L (0-170). Sodio 138 mEq/L. Potasio 4 mEq/L. Proteína C reactiva 0.38 mg/dl. Ácido láctico 15,5. Troponina < 0.017 ng/ml. Leucocitos 10.370 µL (fórmula normal). Hemoglobina 10,4 g/dl (13-17). *Hematocrito 31.1% (39-50). Volumen corpuscular medio 106 fL (80-105). Hemoglobina corpuscular media 34.78 pg (27-32)*. CHCM, 33.4 g/dl. *RDW 25.6 % (11-15)*. Número total plaquetas 164000 µL. Volumen plaquetar medio 10.1 fL. *Velocidad sedimentación 16 mm/h (0-10)*. Gasometría venosa: ph 7,42. *PCO2 34 mmHg (41-51)*. PO2 50 mmHg (25-40). *Bicarbonato 22 mEq/L (24-28)*.

ECG: ritmo sinusal a 73 lpm, alteración de la repolarización difusa opuesta a QRS, con T negativa en III y aVf y V4 a V6.

Radiografía abdomen (figura 1): imagen compatible con vólvulo de sigma. Radiografía abdomen tras enema (figura 2): abundante gas en todo el intestino grueso y delgado sin datos de neumoperitoneo; gas distal y abundantes heces.



TAC abdominopélvico con contraste venoso: pequeña cantidad de líquido libre en pelvis menor, inespecífico. Asas intestinales sin signos de inflamación.

Evolución:

El paciente refiere mejoría franca tras colocación de enema de limpieza que resulta muy efectivo. En la segunda radiografía de abdomen realizada en urgencias se objetiva presencia de abundante gas con distribución generalizada, incluida ampolla rectal que previamente no tenía gas y abundantes heces en colon. No impresiona de neumoperitoneo ni aire extraluminal. En analítica se objetiva leve aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina y anemia macrocítica. Persiste la alteración en la coagulación en analíticas repetidas. Además del vólvulo se sospecha síndrome de malabsorción por lo que se decide ingreso en Medicina Interna para continuar estudio:

Endoscopia: esófago: mucosa y paredes de aspecto normal. Línea de transición escamo-columnar a nivel del hiato. Estómago con contenido líquido claro que se aspira. Fundus, cuerpo, incisura angular y antro sin lesiones. Píloro permeable. Se toman muestras de cuerpo y fundus para estudio de déficit de vitamina B12. Duodeno: en bulbo, mucosa con patrón en empedrado en segunda porción, mucosa que prácticamente presenta ausencia de pliegues, compatible con atrofia. Se toman muestras. Conclusión: compatible con atrofia duodenal, a descartar en primera instancia celiaquía.

Biopsia de duodeno: mucosa de intestino delgado con un marcado acortamiento y ensanchamiento de las vellosidades, que se acompaña de una hiperplasia de las criptas. El epitelio de superficie presenta cambios regenerativos, con pérdida del reborde en chapa junto con abundantes linfocitos intraepiteliales. La celularidad de la lámina propia está aumentada. No se observan parásitos. En la biopsia de la segunda porción del duodeno se objetiva mucosa de intestino delgado con atrofia subtotal de las vellosidades (tipo 3B de la clasificación de Marsh-Oberhuber).

Colonoscopia: Mucosa ileal blanquecina en forma difusa, sugestivo de linfangiectasia, se toman muestras. Resto de la mucosa normal.

Analítica en planta: ácido úrico 4 mg/dl. *Proteínas totales* 5.2 g/dl (6,4 - 8,2). *Albumina* 2.8 g/dl (3,5 - 5,2). Hierro 69 µg/dl. *Calcio* 6.3 mg/dl (8,2-10,6). Fósforo 1.6 mg/dl. Magnesio 1.7 mg/dl. TSH 3.026 µU/ml. T4 libre 1.06 ng/dl. *Colesterol* 76 mg/dl (100-200). Triglicéridos 96 mg/dl. HDL *Colesterol* 12 mg/dl (45-...). LDL *Colesterol* 44.8 mg/dl. *Transferrina* 174 mg/dl (200-360). *Ferritina* 10 ng/ml (22-322). *Alfa-1-fetoproteína* <1,1 UI/ml (0-7). *Vitamina B12* 128 pg/ml (211-911). Ácido fólico 1,8 ng/ml. *Vitamina B1 (tiamina)*: 228 µg/dl (2-7,2). PTH: 242 pg/ml (15-65). *Vitamina A (retinol)* 0,27 mg/L (0,3-1). *Vitamina B6* < 4 nmol/L (14-100). *Vitamina E (alfa-tocoferol)* 6,3 mcg/ml. *Vitamina D 25-Hidroxi* 6.9 ng/ml (20-65). Índice de Saturación de Hierro 21.2 %. Prealbumina 20 mg/dl. *Proteína fijadora de retinol* 1,85 mg/dl (3-6). CEA 5 ng/ml. CA 19-9 4 UI/ml. Cortisol 6,9 µg/dl. *IgE total*: 203 UI/ml (23-94). IgA: 224. IgM 107. Enzima convertidora de Angiotensina 29 UI.

Anticuerpos antitransglutaminasa Ig A positivos: 236.98 U/ml., *Ig G* 17.8 U/ml; *Anticuerpo antiendomiso Ig A* 1/80 positivo, *IgG* negativo; *Anticuerpos antigliadina Ig A positivos*: 137.72 mg/L, *IgG positivos*: 34.7 mg/L. HLAB27 negativo. HLA DQA1 0501 negativo. HLAB27 negativo. HLA DQA1 0301 negativo. HLAB27 negativo.

Parásitos en heces negativo. Coprocultivo negativo. Toxina clostridium difficile negativa. Digestión en heces: normal Anticuerpos trypanosoma cruzi: Negativo.

Serología de citomegalovirus, Epstein Barr, Reagína plasmática rápida (RPR), parvovirus B19, brucela, hepatitis B, hepatitis C y VIH negativa.

Ecocardiografía doppler a color: insuficiencia mitral ligera.

En resumen, en gastroscopia se objetiva atrofia duodenal; los anticuerpos antigliadina IgA e IgG, antitransglutaminasa IgA e IgG y los anticuerpos antiendomiso IgA están aumentados, siendo el diagnóstico inicial una celiaquía del adulto. Se instauro dieta sin gluten y con administración de suplementos por vía oral (calcio D 1c/12h, konakion 1 ampolla bebida cada 24 horas, hidroxil B12 B6 B1 1c/12 horas, hierro). Se cita en consulta de Medicina Interna con analítica de control. En posteriores revisiones en consulta se objetiva mejoría de los niveles de vitaminas, de calcio, de hierro y corrección de la anemia y de la coaguloptía.

Diagnóstico diferencial

Esprue tropical, infección por *Helicobacter pylori*, parasitosis (*Giardia lamblia*), inmunodeficiencia común variable, linfoma, enfermedad de Whipple, masto-

citosis, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn, abetalipoproteinemia, enteropatía del sida, vasculitis, sobrecrecimiento bacteriano, amiloidosis, enteritis eosinófila, inmunodeficiencia común variable, gastroenteritis eosinofílica, linfangiectasia intestinal, enteropatía autoinmune, intolerancia a proteínas (proteínas de leche de vaca, huevo), gastroenteritis infecciosa, enfermedad de injerto contra el huésped, hipertiroidismo, insuficiencia pancreática, isquemia crónica del intestino delgado, déficit de inmunoglobulina A, lesión por antiinflamatorios no esteroideos.

Diagnóstico final

1) Enfermedad celíaca del adulto que cursa con malabsorción intestinal con déficit vitamina D con hipocalcemia asintomática secundaria, déficit de vitamina B 12 con anemia megaloblástica secundaria y leve ferropenia asociada, déficit de Vitamina K con coagulopatía secundaria, déficit de vitamina A con sequedad de piel y déficit de lípidos: hipolipemia mixta. 2) Vólvulo de sigma resuelto. 3) Soplo panfocal sistólico atribuido a circulación hiperdinámica por enfermedad celíaca. 4) Insuficiencia mitral ligera.

Discusión

La enfermedad celíaca es un trastorno malabsortivo crónico del intestino delgado causado por la exposición a una dieta con gluten en individuos genéticamente predispuestos. En los países desarrollados la prevalencia se ha incrementado 10 veces en los

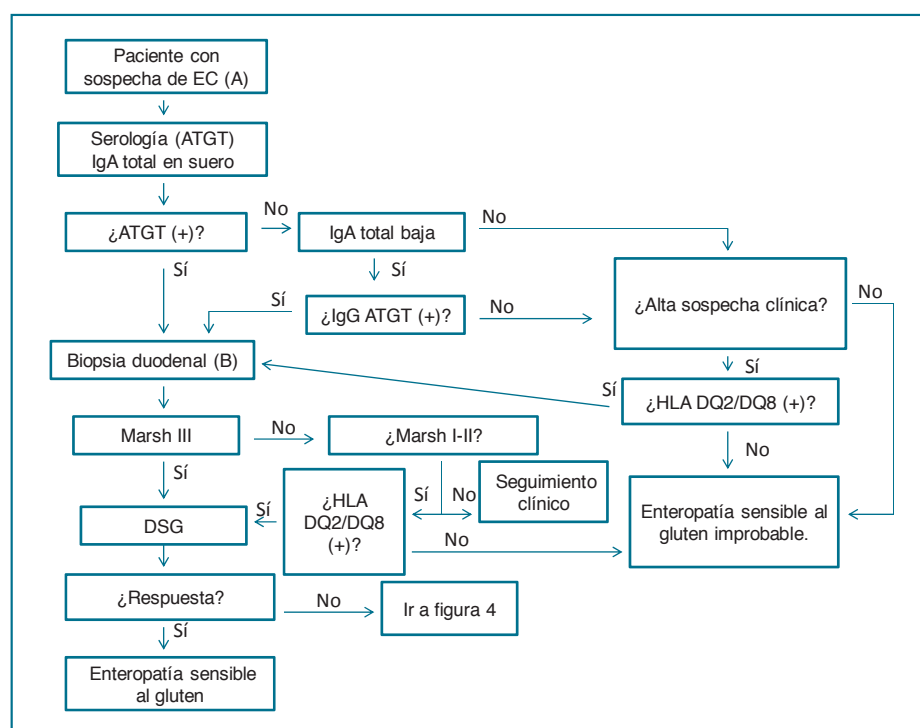
últimos 50 años, en gran medida por el diagnóstico de formas subclínicas u oligosintomáticas. La prevalencia mundial se estima en 1/266, y en España es de 1/389 en la población adulta¹. Actualmente la lesión histológica ha dejado de ser el “patrón de oro” y la serología constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico, siendo el primer paso a realizar en pacientes con sintomatología². Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular (ATGT) y los anticuerpos antiendomiso (EMA) reconocen el mismo autoantígeno y muestran especificidades y sensibilidades cercanas al 100% en la mayoría de los estudios publicados³.

Las pruebas genéticas constituyen otro elemento relevante en el diagnóstico; de hecho, la tipificación de HLA se ha convertido también en un criterio del algoritmo diagnóstico para esta enfermedad (figura 3).

En niños sintomáticos con altos niveles de ATGT (> 10 veces el límite superior de la normalidad) se puede evitar la biopsia intestinal si los HLA y los EMA, realizados en una muestra diferente son positivos. Se ha comprobado que estos valores elevados de ATGT tienen un alto valor predictivo positivo (VPP) para la presencia de atrofia de vellosidades. Resultados similares se han encontrado también en adultos⁴. Aunque clásicamente se ha considerado un trastorno pediátrico, actualmente se diagnostica más en la edad adulta. Cada vez son menos los casos diagnosticados en adultos que debutan con diarrea y síntomas

de malabsorción debida a atrofia vellositaria intestinal y por el contrario, predominan las formas clínicas atípicas entre las que destacan anemia y ferropenia, hipocalcemia o hipoalbuminemia aisladas, aumento de velocidad de sedimentación globular de causa no aclarada, polimialgia reumática, síndromes ansioso-depresivos, hiperamilasemias debidas a macroamilasemia, elevación de transaminasas o distintos trastornos neurológicos o dérmicos. Algunos estudios han confirmado un riesgo aumentado de aparición de tumores asociados a la celiaquía; el linfoma intestinal es la neoplasia asociada con más frecuencia⁵; no obstante, se han asociado también otros como el carcinoma faríngeo y esofágico o el adenocarcinoma de intestino delgado.

Figura 3. Algoritmo diagnóstico de la enfermedad celíaca. (A): En situaciones de alta sospecha clínica se puede iniciar el estudio mediante biopsia duodenal con endoscopia: anemia, diarrea, dispepsia... (B): Examen histopatológico incluyendo inmunotinción para linfocitos CD3. EC: Enfermedad celíaca. ATGT: anticuerpos antitransglutaminasa tisular; DSG: dieta sin gluten. Adaptada de Fernández Salazar, 2009.



Presentamos un caso clínico de enfermedad celíaca en adulto joven, que cursa con malabsorción como explicación de anemia macrocítica, coagulopatía y altera-

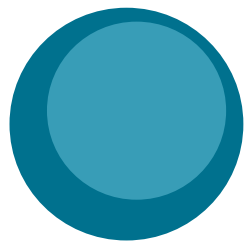
ción hepática. Siempre que aparezcan estos hallazgos analíticos en un paciente con dolor abdominal, vómitos o diarrea debemos sospechar una enfermedad celíaca.

Figura 4. Formas clínicas según presentación clínica, lesión histológica y resultado de la serología. *La enfermedad celíaca latente incluye varios grupos de pacientes.

	Síntomas	HLA-DQ2/DQ8	Serología	Biopsia intestinal
Clásica	Típicos	Presente	Positiva	Atrofia vellositaria
Atípica	Atípicos	Presente	Positiva	Atrofia vellositaria
Silente	Ausencia	Presente	Positiva	Atrofia vellositaria
Latente*	Atípicos	Presente	Negativa	Enteropatía leve
	Atípicos	Presente	Positiva	Normal
Potencial	Ausencia	Presente	Negativa	Normal

BIBLIOGRAFÍA

1. Casellas F. Enfermedad celiaca. MedClin (Barc.) 2006; 126(4):137-142
2. Husby S. et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnostic of Coeliac Disease. JPGN 2012; 54 (1): 136-160
3. Ribes-Koninckx C. et al. Coeliac Disease Diagnosis: ESPGHAN 1990 criteria or need for a change? Result of a Questionnaire JPGN 2012; 54 (1): 15-19
4. Fasano A, Catassi C. Celiac Disease. N Engl J Med 2012; 367: 2419-26.
5. Garrido A, Verdejo C, Márquez JL, Giráldez A, Trigo C, Belda O. Intestinal lymphoma and mesenteric panniculitis: Complications of undiagnosed celiac disease. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 221-4.



CASOS CLÍNICOS

2. HAMARTOMA PULMONAR. HALLAZGO EN VARÓN DE 52 AÑOS

■ Roca García A¹., Melo Almiñana A²., López Martínez D².

⁽¹⁾ Médico Residente de MFyC. Centro de Salud Justicia. Área Asistencial Noroeste. Madrid.

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Justicia. UDM de AFyC Noroeste. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los tumores pulmonares benignos, el más frecuente es el hamartoma, que representa cerca del 77% de los mismos. ⁽¹⁾ Fue descrito por primera vez por Albrecht en 1904. La presentación benigna de los tumores pulmonares tiene una incidencia inferior al 1%. El término proviene del griego hamarta “defecto” y oma “tumor”. Generalmente se presentan de forma solitaria, aunque en ocasiones se pueden presentar de forma múltiple. Pueden ser recurrentes e incluso degenerar a carcinoma bronquial. El diámetro promedio de estas lesiones es de 2-4cm, aunque se han descrito casos de mayor tamaño. El caso de mayor tamaño publicado corresponde aun varón joven de 32 años, que presentaba un hamartoma cuyo diámetro máximo era de 30cm. ⁽²⁾

Clásicamente se ha considerado que los hamartomas son malformaciones constituidas por una mezcla anormal en cantidad y/o disposición de los distintos componentes tisulares del órgano correspondiente, debidas a alteraciones en su desarrollo embriológico. ⁽³⁾ Histológicamente consiste en un conglomerado de cartílago, tejido conectivo, músculo liso, grasa y epitelio respiratorio.

Su máxima incidencia se produce en la sexta y séptima décadas de la vida. Es tres veces más frecuente en los varones, siendo habitualmente asintomático. Suelen localizarse en la periferia del pulmón. ⁽⁴⁾

Radiológicamente se manifiesta como un nódulo pulmonar solitario, siendo característica la presencia de calcificaciones en forma de “palomitas de maíz”, apareciendo solo en el 25% de los casos. ⁽⁵⁾

A menudo pasan inadvertidos cuando afectan a órganos internos, pues crecen al mismo ritmo que los tejidos circundantes, no se diseminan como los tumores malignos, y solo en raras ocasiones produce síntomas por compresión de estructuras adyacentes.

Debido a la baja incidencia del hamartoma y del hallazgo casual en un paciente fumador importante,

consideramos interesante la presentación del siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 52 años de edad, fumador desde la adolescencia de 20 cigarrillos y 8-10 puritos al día (índice paquetes/año: 55). Antecedentes familiares de padre diabético y madre con cáncer de mama. Entre sus antecedentes personales destacan sobrepeso (IMC 26), hernia de hiato y alergia a gramíneas. No antecedentes alérgicos farmacológicos.

Se realiza una radiografía de tórax en el contexto de una infección de vías respiratorias altas, con auscultación pulmonar normal, dada la edad del paciente y el hábito tabáquico, y se detecta de forma incidental, una imagen de aumento de densidad de apariencia pseudonodular en el LII que en el contexto clínico de infección respiratoria podría corresponder con foco consolidativo aunque se recomienda control evolutivo a corto plazo (tras mejoría del cuadro clínico infeccioso) para descartar otras posibilidades. (Figura 1).

Figura 1- Hamartoma en base pulmonar izquierda.

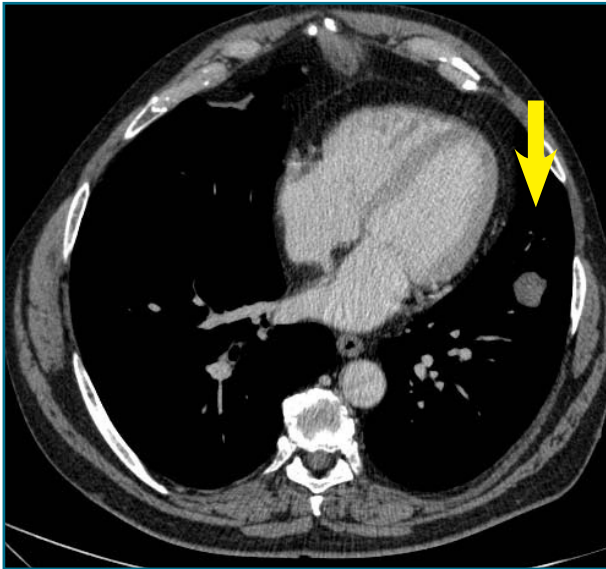


Tras 6 semanas, y la mejoría de la sintomatología respiratoria, la imagen se confirma y se deriva al servicio

de Neumología para estudio, solicitándose analítica, espirometría y TAC de tórax. En la analítica no se objetiva alteración. La espirometría presenta ligera obstrucción, con FEV1 82% y test de broncodilatación negativo.

El informe del TAC confirma la lesión, mostrando un nódulo pulmonar en LII con características indeterminadas (Figura 2).

Figura 2- Hamartoma.



Dado que se trata de un paciente fumador y las características de la imagen de nódulo pulmonar son indeterminadas, se recomienda realizar PET-TAC seguido de pruebas de broncoscopia/PAAF. El PET-TAC presenta captación de 1,9 SUV del nódulo pulmonar solitario de 2,1x2,2cm en el LII sin datos de lesión a otro nivel. La broncoscopia fue normal y la citología del lavado bronquial benigna (negativa para malignidad). Tras todos los resultados, el paciente es derivado a Cirugía Torácica.

Se realiza intervención al paciente mediante minitoracotomía lateral izquierda. La anatomía patológica confirma que es un nódulo blanquecino rosado, de superficie anfractuosa, que mide 2cm de diámetro y pesa 4,1gr. Al corte es de consistencia firme, de estructura sólida, con zonas de aspecto cartilaginoso y áreas heterogéneas, mixoides. La descripción microscópica

indica que el nódulo consiste en lóbulos de cartílago hialino de contornos polilobulados, separados por estroma mixoide moderadamente vascularizado, con componente de adipocitos. Focal presencia de revestimiento epitelial cúbico o aplanado sin atipia en estructuras a modo de hendiduras o pequeñas luces. En resumen, es un tumor de 2cm de diámetro constituido por tejido cartilaginoso compatible con hamartoma.

El postoperatorio no tuvo complicaciones y la radiografía posterior presentaba alteraciones posquirúrgicas en hemitórax izquierdo.

DISCUSIÓN

El caso que presentamos se ajusta a las características de los hamartomas pulmonares, por el hecho de ser varón, en la quinta década de la vida, localizado periféricamente y de tipo parenquimatoso. Si bien, siendo un fumador importante, la primera sospecha fue de una neoplasia pulmonar.

De acuerdo con su aspecto, los hamartomas pulmonares se clasifican en parenquimatosos y endobronquiales. Su presencia silente, típica de los hamartomas parenquimatosos, hizo que su hallazgo en la radiografía de tórax fuese incidental. ⁽⁶⁾.

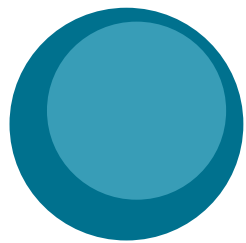
Cosío y colaboradores realizaron en España una amplia revisión de los casos de hamartoma endobronquial de su hospital. Los principales síntomas de los pacientes incluidos en la revisión, fueron infecciones respiratorias recurrentes o neumonía obstructiva y hemoptisis, con o sin presentar tos o disnea. ⁽⁷⁾.

Debido a la posible degeneración carcinomatosa de los hamartomas, es importante el diagnóstico precoz y la agilización del tratamiento. Nuestro paciente fue diagnosticado a finales de abril y en mayo se realizó la extirpación. La relación de atención primaria con especializada, y la conexión entre los servicios intrahospitalarios, como anatomía patológica, neumología y cirugía torácica, permitieron su rápido y eficaz tratamiento.

El paciente de este caso clínico presentó buena evolución posquirúrgica, permaneciendo asintomático dos años después.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Toral, R., Villarreal-Zaunbos, M.A., Vázquez-Fernández, F., Prieto-Murguía, E.G., Aguilar-Padilla, L. Hamartoma pulmonar. Informe de un caso. GAC. Med. Méx, 2007. Vol 143 (4).
2. Saiz Pardo, M., Kilmurray L.G., Sierra, E., Jarabe, J.R., Ortega Medina, L., Hernando Trancho, F. Hamartoma pulmonar gigante. Caso de una mujer de 62 años. Rev Esp Patología 2005; 38 (1): 54-55.
3. Calvo Bonachera, J., Pascual Lledo, J.F., Bernal Rosique, M.S., Calvo Bonachera, M.D. Hamartoma endobronquial: presentación de un nuevo caso. An Med. Interna. 2001. Vol 18 (6).
4. Esparza Morera, R. Neoplasias pulmonares benignas y de baja malignidad. En: Manual de enfermedades respiratorias. Ed: Cabrera Navarro, P. Rodríguez de Castro, F. Las Palmas de Gran Canaria 2005; 209-220.
5. Miravet, L., Lázaro, R., Palomo M., García, P., Cortés, P. Hamartoma pulmonar de gran tamaño. Rev Patol Resp 2010; 13 (2): 79-81.
6. Bascetta, J., Alemán, L., Marcano, I., Franceschi, K., Hurtado, R. Hamartoma condromixioide de pulmón. Rev. Venez. Oncol. 2011. Vol 23 (4).
7. Cosio B.G., Villena V., Echave-Sustaeta J., de Miguel E., Alfaro J., et al. Endobronchial Hamartoma. Chest 2002. 122:202-205.



CASOS CLÍNICOS

3. SÍNDROME DE CHARLES BONNET. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

■ López Sanz A¹, Molina Siguero A²

⁽¹⁾ Residente de cuarto año MFyC

⁽²⁾ Especialista en MFyC. Tutor C.S. Presentación el Sabio Móstoles

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) fue descrito por el filósofo francés Charles Bonnet en 1760 ⁽¹⁾. La mayoría de casos se describen en población anciana, entre los 74 y 85 años, sin encontrarse diferencias por sexo, y asociados siempre a una pérdida visual severa (glaucoma, cataratas, degeneración macular, etc). Su frecuencia aumenta a medida que avanza la edad y su diagnóstico es eminentemente clínico tras un diagnóstico diferencial exhaustivo ⁽²⁾.

Se trata de un síndrome relativamente frecuente, que afectaría al 10-15% de los pacientes con visión baja, por lo que se considera una entidad mucho más común de lo esperado en la clínica, y en consecuencia es una patología en la que la sospecha es fundamental para el buen diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes ⁽³⁾.

Los criterios diagnósticos son los siguientes ⁽³⁾:

1. Alucinaciones visuales formadas, complejas y persistentes. Las alucinaciones engloban con frecuencia figuras de niños, personajes, paisajes o animales.
2. Conciencia total o parcial de que las alucinaciones son irreales.
3. Ausencia de delirios primarios o secundarios.

Es importante diferenciar el SCB de otras entidades que pueden presentar alucinaciones, de diagnóstico frecuente en el perfil del paciente descrito, pues pueden producirse importantes implicaciones tanto de manejo del paciente, como de utilización de recursos tanto sanitarios como familiares.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de 89 años, viuda, que vive en el domicilio de su único hijo y cuenta con una cuidadora. Incluida desde hace años en el

programa de paciente inmovilizado con visitas periódicas. Presenta como antecedentes personales HTA complicada, IRC estadio III; en 2004 sufrió trombosis de vena retiniana derecha que junto con un glaucoma crónico izquierdo muy evolucionado le proporcionan una visión muy reducida bilateral. Neuralgia postherpética crural izquierda en tratamiento desde 2012. En tratamiento con AAS, clopidogrel, bisoprolol, amlodipino y bimatoprost colirio.

La paciente presentó alucinaciones visuales que comenzaron en 2011, complejas, persistentes y en color, de niños que jugaban, le acompañaban y molestaban durante todo el día. La paciente no mostraba ansiedad o preocupación, si bien le producían extrañeza, criticándolas y pidiendo ayuda para que desaparecieran.

Dada su situación funcional con vida cama-sillón, se realizó una visita a domicilio donde se descartó patología aguda constatando la estabilidad hemodinámica y la ausencia de alteraciones en la exploración física y anamnesis por aparatos, descartando suficientemente un cuadro confusional agudo. Así mismo se descartó la posible iatrogenia por fármacos. Solicitamos una analítica urgente en la que se descartaron inicialmente alteraciones metabólicas, iónicas y renales. En una segunda analítica confirmamos estos resultados y completamos el estudio de una posible demencia secundaria con la determinación de vitamina B12, ácido fólico, tiroides, LUES y VIH que resultaron normales. El Mini Mental Test resultó normal para la situación de escolarización y patología visual de la paciente. Tras el estudio realizado se orientó la sospecha diagnóstica hacia la existencia de alucinaciones visuales secundarias a un déficit sensorial severo, y fue derivada a la unidad de geriatría de referencia. En el servicio de geriatría se completó el estudio realizando TAC craneal que demostró una atrofia cortico-subcortical normal para su edad, y confirmó el diagnóstico de alucinaciones secundarias a déficit visual severo o Síndrome de Charles Bonnet, instaurándose tratamiento con dosis bajas de risperidona. La buena respuesta a la medicación nos confirmó el diagnóstico de sospecha.

Tras un año sin síntomas, y coincidiendo con la aparición de una neuralgia postherpética que requirió tratamiento con carbamacepina, se suspendió la pauta de risperidona. A primeros de 2013 reaparecen las alucinaciones visuales, esta vez con animales y tras una nueva evaluación, se decidió reintroducir nuevamente la risperidona, presentando buena respuesta a las mismas dosis. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

La incidencia del SCB está aumentando en nuestro medio debido al incremento de la esperanza de vida de los pacientes y en consecuencia de la prevalencia de déficits graves de visión, secundarios a degeneración macular y a otras enfermedades oculares degenerativas.

Es muy importante establecer un diagnóstico diferencial correcto en especial con delirium, demencia, psicosis y/o causa farmacológica/drogas principalmente. Otras entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son: trastornos afectivos, migrañas, epilepsia, esquizofrenia o alucinaciones asociadas al sueño^(4, 5, 8) (Tabla 1)

El tratamiento del SCB debe ser integral^(6, 7), incluyendo:

1. Información adecuada del SCB al paciente insistiendo en las características benignas del proceso y descartando una enfermedad psiquiátrica.
2. Mejora de las condiciones de vida del paciente: aislamiento social, relación con el medio, iluminación de la vivienda... ya que se han asociado como factores desencadenantes del SCB.
3. Tratamiento causal -si es posible- de la enfermedad ocular responsable del déficit visual, principalmente cataratas.
4. Tratamiento médico del síndrome ansioso secundario a la presencia de pseudoalucinaciones.
5. Tratamiento médico específico: anticonvulsivantes (carbamacepina, fenitoína, ácido valproico); antipsicóticos (risperidona, haloperidol, sulpiride, olanzapina); antagonistas de la serotonina (mirtazapina, ondansetrón y cisapride)⁽⁸⁾ (Tabla 2).
6. El manejo debe completarse con una clara información a la familia del paciente y cuidadores habituales sobre la naturaleza y curso de la enfermedad.

Por tanto, tras la anamnesis y la exploración física, una vez descartadas otras enfermedades y ante pacientes con alucinaciones visuales que presenten edad avanzada y alteraciones severas a nivel sensorial, es muy importante la sospecha por parte de los médicos de atención primaria de un SCB. De esa forma podremos evitar tratamientos e intervenciones innecesarios a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hegdes TR. Charles Bonnet, his life and his syndrome. *Surv Ophthalmol* 2007; 52: 111-14.
2. Valencia C, Franco JG. Síndrome de Charles Bonnet. Manejo con haloperidol en paciente nonagenaria. Caso clínico. *Rev Med Chile* 2008; 136:347-350.
3. López-Mompó C, López-Pavón I, Ruiz-Izquierdo J, Ignacio Ferro J. Alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo: síndrome de Charles Bonnet. *Semergen* 2011. Disponible en: doi: 10.1016/j.semergen.2010.11.011.
4. Menon GJ, Rahman I, Menon SJ, Dutton GN. Complex visual hallucinations in the visually impaired: The Charles Bonnet Syndrome. *Surv Ophthalmol* 2003; 48: 58-72.
5. Herrera J. Alucinaciones visuales en el anciano. *Medicina Clínica (Barc)* 2002; 118(9):353-6.
6. Santos-Buesi E, et al. Tratamiento del síndrome de Charles Bonnet. *Arcg Soc Esp Oftalmol* 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2012.06.014>
7. Schadlu A, Shadlu R, Banks J. Charles Bonnet syndrome: a review. *Curr Opin Ophthalmol* 2009; 20: 219-22
8. Muñoz H, Vargas A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. *rev.colomb.psiquiatr.* 2007; 36(2): 292-306.

TABLA 1: Diagnósticos diferenciales del síndrome de Charles Bonnet

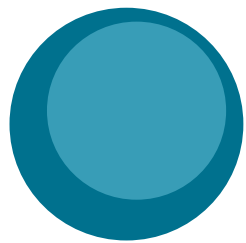
Estados psicológicos normales	Deprivación del sueño Deprivación sensorial Imágenes hipnagógicas o hipnopómpicas Duelo
Enfermedades neurológicas	Enfermedad de Parkinson Epilepsia Lesiones del lóbulo occipital Alucinosis pendular Tumores cerebrales Migraña Demencias
Enfermedades psiquiátricas	Esquizofrenia Otras psicosis Trastorno afectivo bipolar Depresión psicótica Delirium
Medicamento	Clonidina Selegilina Bromocriptina Carbidopa Carbamacepina Fentanilo Otros
Abuso/dependencia de sustancias	Alcohol LSD Otras

Obtenida de: Muñoz H, Vargas A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión del tema. Rev.colomb.psiquiatr. 2007;36(2): 292-306

TABLA 2: Farmacología del síndrome de Charles Bonnet

Antipsicóticos	Risperidona Haloperidol Sulpiride Melperone Olanzapina
Anticonvulsivos	Carbamacepina Valproato de sodio Gabapentina Clonacepam Fenitoina
Antagonistas serotonina	Ondasentrón Cisapride Mirtazapina
Otros	Donepezilo

Obtenida de: Muñoz H, Vargas A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión del tema. Rev.colomb.psiquiatr. 2007;36(2): 292-306



CASOS CLÍNICOS

4. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

■ Miranda García M.¹, Chico Civera R.¹, Malagón Caussade F.², Cea Soria V.M.³, Merlo Loranca M.⁴

⁽¹⁾ Especialista en Medicina de Familia. Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón.

⁽²⁾ Especialista en Medicina de Familia. Jefe de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón.

⁽³⁾ Médico de Emergencias del SUMMA 112, Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital de Móstoles.

⁽⁴⁾ Especialista en Medicina de Familia. Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital de Getafe.

RESUMEN

Se define al Traumatismo Craneoencefálico (TCE) como la alteración en la función cerebral causada por una fuerza o un mecanismo lesional externos.

Es una patología que constituye un importante problema de Salud Pública y Sanitario. Supone una de las principales causas de fallecimiento y de incapacidad de los accidentados que lo padecen. Es fundamental conocer los factores de riesgo que se asocian a esta patología para valorar el pronóstico de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de los factores de riesgo en el TCE Grave, a propósito de un caso clínico. Realizamos una revisión de la literatura.

Palabras clave: traumatismo craneoencefálico, hematoma subdural, tomografía axial computarizada craneal.

CASO CLÍNICO

Enfermedad actual

Alerta el dispositivo del SUMMA 112 a una UVI Móvil tras recibir una llamada referente a un paciente inconsciente en la escalera de su domicilio. A la llegada junto al accidentado, la UVI móvil encuentra a un paciente varón de 38 años, inconsciente, tendido en un tramo de escaleras, tras haber perdido el equilibrio hacia atrás, habiéndose golpeado la cabeza contra la pared y con una herida en cuero cabelludo.

Antecedentes personales

Varón de 38 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador activo de unos 20 cigarros al día. Consumo habitual de heroína, cocaína y marihuana. Enolismo crónico. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo II. Hepatopatía crónica (enólica y VHC), Hi-

pertensión portal sin varices esofágicas ni episodios de Hemorragia digestiva. Varios episodios de descompensación hidrópica y encefalopatía hepática. Crisis comiciales. Síndrome hepatopulmonar. Trombocitopenia y coagulopatía secundarios a hepatopatía. En cuanto a su situación basal es parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria. No deterioro cognitivo. Vive con su madre.

Exploración física La valoración primaria del accidentado aporta una vía aérea permeable, respiración espontánea con patrón respiratorio irregular, pulsos conservados, con un Glasgow de 3 (Ocular 1, Verbal 1, Motor 1), y sangrado por herida en región occipital.

Se procede a evacuar al paciente de la mala posición en la que se encuentra. Para ello se traslada sobre tablero espinal manteniendo tracción cervical y alineación de columna, tras lo que se le coloca sobre la camilla de transporte y se pone collarín cervical.

En la valoración secundaria destaca un fétor enólico y restos de sangrado por herida occipital que no es activa. Hemodinámicamente estable con tensión arterial de 150/85, frecuencia cardíaca 100 latidos por minuto, saturación de oxígeno del 92%. Neurológico con un Glasgow de 3 (Ocular 1, Verbal 1, Motor 1), pupilas mióticas débilmente reactivas, sin movimientos oculares externos anormales, trismus; no rigideces, ni hipertonías, ni movimientos convulsivos. Babinsky izquierdo. Presenta un patrón respiratorio irregular, ventilando ambos campos pulmonares. Cardiovascular normal. Abdomen blando y depresible. Extremidades normales.

Con diagnóstico de TCE severo, paciente inconsciente con Glasgow de 3 y probable hemorragia cerebral, se procede a intubación orotraqueal premedicando con etomidato 0,2 mg/kg (dosis disminuida por hepatopatía) y mivacurio 0,2 mg/kg, con tubo orotraqueal del número 8,5. Durante el traslado el paciente está adaptado al respirador con esta dosis.

Se traslada al hospital, donde es ingresado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC craneal: hematoma subdural hemisférico izquierdo, con herniación subfacial y transtentorial.

En la analítica al ingreso destaca:

Bioquímica: glucosa 85 mg/dl, creatinina 0,5 mg/dl, urea 13 mg/dl, Na 140 mEq/L, K 3,9 mEq/L, Cloro 107 mEq/L, bilirrubina 2,50 mg/dl (bilirrubina directa 1,34 mg/dl), albúmina 2,6 gr/dl, PCR 31 mg/L.

Hemograma: hemoglobina 12,9 gr/dl, hematocrito 39,1 %, leucocitos 3.250 /μL, plaquetas 56.000 /μL. Coagulación: INR 1,22

Gasometría arterial basal: pH 7,40, PaCO₂ 38 mmHg, PaO₂ 79 mmHg, bicarbonato 23,5 mmol/L, EB -1,3 mmol/L

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que establecerlo con hematoma epidural, hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico, proceso expansivo de tipo tumoral, demencia, meningitis, encefalopatía y empiema subdural.

EVOLUCIÓN

El paciente permanece en la UCI cuatro días, estando desde el día siguiente al ingreso consciente con Glasgow de 11, intubado y sin focalidad neurológica con progresiva mejoría, siendo extubado a las 24 h del ingreso, permanece eupneico sin aumento del trabajo respiratorio y consciente con Glasgow de 15. El nivel de amonio al alta es de 88 umol/L. Es trasladado al Servicio de Medicina Interna donde el paciente permanece hemodinámicamente estable. Consciente y orientado en las 3 esferas. Colaborador y abordable. Ha seguido realizando tratamiento médico de forma correcta. Se dio de alta a domicilio para seguimiento de su lesión en consultas externas de Neurocirugía.

DISCUSIÓN

El traumatismo craneoencefálico grave es un problema sanitario importante por la alta morbimortalidad de los pacientes, sobre todo jóvenes, que lleva asociada. Son la primera causa de mortalidad e incapacidad en pacientes menores de 40 años en países industrializados.

Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico (alrededor del 75%)⁽¹⁾, las caídas (20%) más frecuentes en niños y mayores de 65 años, y en el entorno laboral. Por último, las lesiones deportivas: alrededor del 5%.

En España, está estimada la incidencia de TCE en 200 nuevos casos/100.000 habitantes/año. El 70% de éstos tienen buena recuperación, el 9% fallecen antes de llegar al hospital, el 6% lo hacen durante su estancia en el mismo y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados (moderado, grave o vegetativo)⁽²⁾.

En el TCE la relación hombre/mujer es de tres a uno. La complicación aguda más importante de un TCE es la hemorragia intracraneal. El hematoma subdural agudo tiene altas tasas de lesión y muerte; es consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, pero hay otras causas como coagulopatías, tratamiento anticoagulante, malformaciones arteriovenosas, rotura de aneurismas o el alcoholismo crónico.

La escala de Glasgow o Glasgow Coma Scale (GCS) (tabla 1) es la más usada para valorar su gravedad⁽³⁾. La OMS clasifica los TCE según la escala de Glasgow para el coma en: graves (GCS < 9), moderados (GCS 9-13) y leves (GCS 14-15).

El TCE también puede clasificarse en cuatro categorías, en función del grado de severidad^(4,5) (Tabla 2)

Hay que descartar y corregir aquellas situaciones que incrementan el deterioro de la conciencia, como alcohol, drogas, shock, hipoxemia severa, hipotensión, crisis comiciales, estados postictales o uso de medicación sedo-relajante. Por tanto, la puntuación en la GCS estimada muy precozmente, o sin tener en cuenta estas circunstancias, no puede ser empleada como indicador pronóstico en los TCE graves. Hay varios factores de riesgo; siempre que exista uno o más de estos factores, se añade riesgo a la clasificación. La hipotensión arterial afecta de forma especialmente negativa por disminuir la Presión de Perfusión Cerebral (PPC). También tienen un papel importante la hipoxemia, hipertermia, hipertensión endocraneal que provoca disminución de la PPC y puede acabar provocando por aumento de presión, la herniación cerebral, la isquemia, y el edema cerebral.

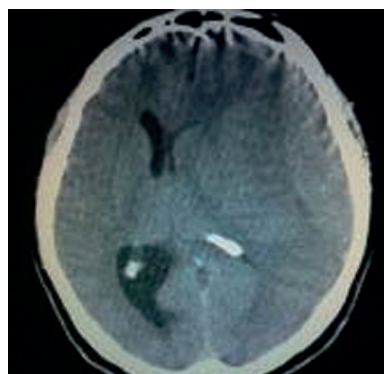
La midriasis bilateral arreactiva puede ser un indicador de isquemia del tallo cerebral y por tanto, de pronóstico fatal.

Un TAC craneal normal al ingreso se asocia a baja mortalidad y mejor pronóstico que uno patológico, incluso entre pacientes con Glasgow de 3 ó 4. La hipotensión arterial empeora el pronóstico de manera significativa. La hipertensión como parte de respues-

ta al traumatismo, asociada a determinados procesos como presión intracraneal elevada, edema o hemorragias intracerebrales diferidas, también es un factor de mal pronóstico. La anticoagulación previa y las alteraciones de la coagulación empeoran el pronóstico⁽⁶⁾. La elevación sérica de noradrenalina y adrenalina indican mal pronóstico, pero no tienen especificidad. Los pacientes con TCE frecuentemente desarrollan hiperglucemia; en pacientes adultos, a mayores niveles de glucemia, mayor gravedad y peor pronóstico. Elevación de prostaglandinas, LDH, proteína básica de la mielina y de la proteína S-100B también empeoran las expectativas de vida. Niveles elevados de creatin fosfoquinasa isoenzima BB (CPK-BB), lactato o de ácido 5-hidroxiindolacético en LCR suponen mal pronóstico. La hipotermia al ingreso, el retraso en la monitorización de la presión intracraneal, un mecanismo lesional de alta energía o el retraso de ingreso en UCI son factores predictores de malos resultados⁽⁷⁾.

cientos asociados a esta entidad, que pueden influir en su mal pronóstico. Resulta imprescindible el correcto manejo del paciente para evitar un daño cerebral secundario. Hemos presentado el caso de un individuo joven que presenta un alto número de factores que ensombrecen el pronóstico del TCE y hemos hecho una revisión de los mismos. La importancia de tener en cuenta los factores de mal pronóstico en cualquier TCE se puede ilustrar con este ejemplo, dada su notable predisposición a tener una hemorragia, complicación aguda más importante de un TCE.

TAC craneal. Imagen.



CONCLUSIONES

El traumatismo craneoencefálico grave es una patología con una elevada mortalidad. Es muy importante identificar cuáles son los factores de riesgo del pa-

Tabla 1

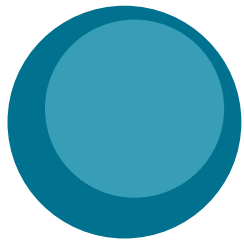
ESCALA DE GLASGOW		
APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
Espontánea: 4	Orientado: 5	Obedece órdenes: 6
A la voz: 3	Confusa: 4	Localiza estímulos dolorosos: 5
Al dolor: 2	Palabras inapropiadas: 3	Retira ante estímulos dolorosos: 4
Ausente: 1 punto	Sonidos incomprensibles: 2	Respuesta en flexión anormal: 3
	Ausente: 1	Respuesta en extensión: 2
		Ausente: 1

Tabla 2: Grados de severidad TCE (de 0 a 3) ^(4,5)

Grado severidad	Escala de Glasgow	Características	Radiología	Actuación
0	15	Sin criterios de gravedad	Rx simple cráneo normal	Observación domiciliaria.
1	≥13 y <15	Pérdida conciencia <10 min. Amnesia < 10 min. Vómitos, cefalea o mareo Parálisis facial periférica Hipoestesia facial Déficits nuevos de audición Desviación de úvula Paresia de trapecio o ECM	Rx cráneo: fractura lineal; si fractura, TAC craneal	Observación entre 4 y 12 horas. Reevaluar Glasgow cada hora.
2	≥10 y < 13	Pérdida conciencia >10 min. Amnesia > 10 min. Convulsiones, obnubilación, desorientación. Parestesias en miembros Paresias en un miembro Diplopia	TAC craneal con edema o lesión inespecífica	TAC urgente. Si se confirma la lesión, actuar como en grado 3. Si no la hay, observación entre 12 y 24 horas.
3	<10	Empeoramiento clínico Disminución de 2 puntos en 2 exploraciones sucesivas (1 hora) Fístula de LCR Focalidad neurológica: Anisocoria. Reflejo fotomotor abolido Reflejos óculo-cefálicos abolidos Babinsky Parálisis de la comisura bucal. Parálisis en miembros.	TAC craneal con hematoma epidural, subdural o parenquimatoso. Herida penetrante. Contusión focal. Fractura con hundimiento, fractura de la base o del peñasco. Fractura múltiple o con diástasis.	Valoración por neurocirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Langlois, JA, Rutland-Brown, W, Thomas, KE. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 2006.
2. Boto GR, Gómez PA, De la Cruz J, Iobato RD. Modelos pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave. Neurocirugía 2006; 17: 215-225
3. Murillo Cabezas F, Muñoz Sánchez MA, Domínguez Roldán JM, Santamaría Mifsut JL. Traumatismo craneoencefálico. Med Intensiva 1996; 20: 79-87.
4. Barcia, J.A.; González-Darder, J.M.; Barberá-Alacreu, J.V.; Cabanes, J.; Gil-Salú, J.L.; Llácer J.L. Protocolo de asistencia inmediata a los traumatismos de cráneo en los Hospitales de la Comunidad Valenciana. Neurocirugía 1995; 6: 259-272
5. Frazee, J.: Head trauma. Emerg Med Clin North Am. 1986 Nov; 4 (4):859-74.
6. Neurosurgery 2001; 49:1084-1090
7. Altet E, Bermejo S, Chico M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Med Intensiva. 2009; 33 (1):16-30



CASOS CLÍNICOS

5. ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA

■ Barreto Muñoz LA.¹, Díaz Díaz RM.², de Esteban Martínez C.³

⁽¹⁾ Residente tercer año MFyC. CS V Centenario. UDM Norte. Madrid

⁽²⁾ Jefa de Sección de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

⁽³⁾ CS V Centenario. UDM Norte.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Paget mamaria es una patología poco común, sin embargo, tiene una gran importancia médica por su alta asociación con carcinoma intraductal mamario⁽¹⁾. Se puede presentar como una dermatitis eczematosa crónica dando lugar a confusión con múltiples patologías menos graves. Afecta principalmente a mujeres premenopáusicas, pero también en otras edades y hombres⁽²⁾. Es, por todo ello, muy importante que el Médico de Familia esté atento para su rápido diagnóstico y tratamiento.

A continuación se presenta el caso de una paciente con el diagnóstico clínico e histológico de Enfermedad de Paget mamaria.

CASO CLÍNICO

Acude a consulta del Centro de salud en marzo de 2013 una mujer de 36 años por presentar una lesión eczematosa y pruriginosa en el pezón derecho de 1 año de evolución. Debido al aumento de las molestias decide acudir a su médico de familia.

EXPLORACIÓN

Se evidencia una lesión eczematosa que abarca la totalidad del pezón de mama derecha. Las mamas son simétricas de tamaño I-II/V. No se aprecia telorrea ni se palpan nódulos o adenopatías en regiones axilares (Figura 1).

Con la sospecha clínica de enfermedad de Paget mama-

ria, se solicita analítica y es derivada para valoración en consultas de dermatología donde se realiza dermatoscopia (Figura 2) y biopsia cutánea de piel areolar.

En el informe histológico de la biopsia se describe una infiltración de la epidermis por células de morfología globoide de citoplasma amplio y claro, a veces eosinofílico, con núcleos vesiculosos. Se disponen de forma aislada o en grupos, ascendiendo por la epidermis y no infiltrando dermis. La parte central se encuentra ulcerada y en la unión dermoepidérmica se observa un infiltrado inflamatorio intenso de distribución liqueoide.

El diagnóstico anatomopatológico fue el de enfermedad de Paget mamaria.

Los análisis sanguíneos elementales no mostraron alteraciones patológicas.

Figura 1: Imagen de la presentación clínica: lesión eczematosa que abarca la totalidad del pezón de la mama.



Con este diagnóstico la paciente es derivada a la consultas de Ginecología donde se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

Ecografía mamaria: Se identifica en el cuadrante superior externo de mama derecha un nódulo hipoeocogénico con bordes mal definidos de 3x5x3 mm.

RM: Se identifica hipercaptación del tejido retroareolar derecho, con una extensión de 11x8 mm, curvas cinéticas tipo II-III y picos de máxima captación de hasta 110% al segundo minuto (ROIs 11-12). Son probablemente hallazgos malignos, que se relacionan con el diagnóstico de enfermedad de Paget categoría BI-RADS 5. No se visualizan adenopatías en cadenas mamarias internas.

hombres tiene, por lo general, peor pronóstico que en las mujeres ^(2,5).

Aunque el origen de las células de Paget es muy controvertido, en la actualidad existen dos teorías mayoritariamente reconocidas: la teoría epidermotrópica y la de transformación in situ.

La primera y más aceptada, establece que las células de Paget son células de carcinoma intraductal que migran de los ductos del pezón a través de la membrana basal hasta alcanzar la epidermis ^(6,7). Esta propagación puede estar mediada por un factor de movilidad que ejerce su efecto a través del receptor heregulina-alfa (HER2/NEU) producido por los queratinocitos epidérmicos normales ⁽⁸⁾.

TRATAMIENTO

Se realiza mastectomía derecha con exéresis de ganglio centinela y reconstrucción inmediata.

Se envía muestra a anatomía patológica que informa las piezas como: carcinoma intraductal de mama sólido cribiforme de alto grado con necrosis central. No se evidencia afectación ganglionar

LA ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIA:

La enfermedad de Paget de mama o enfermedad de Paget de pezón, es una neoplasia maligna unilateral que suele aparecer primero en el pezón o en la areola, y posteriormente puede extenderse a la piel circundante. Se presenta como una dermatitis eccematosa crónica, que puede ser exudativa, pero también como un simple engrosamiento de la piel. Como manifestación temprana pueden encontrarse minúsculas vesículas evanescentes; como hallazgos más tardíos se encuentran sangrado, ulceración o invaginación del pezón ⁽¹⁾.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1874 por Sir James Paget. Aunque predomina en mujeres de edad superior a 50 años, se ha detectado en adolescentes y en pacientes en la novena década de su vida.

Esta afección representa el 2-3% de los tumores malignos de mama ⁽³⁾. Alrededor de la tercera parte de los pacientes con Enfermedad de Paget mamaria son premenopáusicas y se ha comunicado mayor incidencia en mujeres nulíparas ⁽⁴⁾. Cuando se presenta en

Figura 2: En la dermatoscopia: se aprecia una pigmentación negruzca irregular, con áreas de eritema y áreas blanquecinas, con eccema periférico.



La segunda teoría, sin embargo, refiere que las células de Paget son queratinocitos epidérmicos que se transforman, considerándose como carcinoma in situ independiente ^(5,9).

Clínicamente la Enfermedad de Paget se presenta unilateralmente como una placa eritemato-escamosa, con ligera infiltración y bordes bien definidos que afectan el área del pezón y se extiende hacia la areola con o sin exudado de tipo seroso. En etapas más avanzadas, la piel de la mama puede verse afectada y ulcerarse, incluso se observa secreción serosa o sanguinolenta a la presión del pezón así como retracción del mismo ⁽¹⁾.

El 25% de los casos cursa con prurito, dolor y ardor ⁽¹⁰⁾ y hasta el 50% presenta una masa palpable a la ex-

ploración⁽¹¹⁾. Casi la totalidad de pacientes cursan con enfermedad mamaria maligna⁽⁸⁾.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL⁽¹⁾:

Dentro de las patologías que nos podrían crear dudas a la hora del diagnóstico encontramos: la dermatitis eczematoide de los pezones, como signo de dermatitis atópica, la adenomatosis erosiva del pezón, el impétigo, la enfermedad de Bowen, el melanoma amelanótico, el carcinoma primario, la hiperqueratosis circunscrita del pezón y los epitelomas baso o espinocelulares.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget mamaria es una neoplasia maligna poco frecuente que es común en mujeres

premenopáusicas o mayores de 50 años, pero no exclusivas de ese rango de edad, ya que se han detectado en adolescentes, varones y en ancianos.

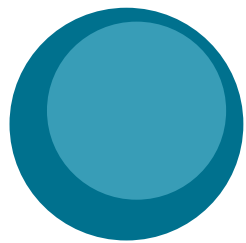
El médico de familia debe saber que puede presentarse bajo manifestaciones sutiles que podrían confundir su diagnóstico con el de enfermedades de menor gravedad.

Esto hace posible que tanto el paciente como el médico consideren que la lesión no representa mayor dificultad y que bastará con la aplicación de cremas, retrasando así el diagnóstico con el riesgo que ello conlleva.

Por todo lo anterior, el médico de familia debe tener en cuenta que todo paciente con lesión unilateral del pezón de más de tres semanas de evolución que tenga poca o ninguna respuesta al tratamiento debería ser derivado para estudio histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick TB. Dermatología clínica. Madrid: Ed. Panamericana; 2006
2. Caliskan M, Gatti G, Sosnovskikh I, et al. Paget's disease of the breast: the experience of the European Institute of Oncology and review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment* 2008;112(3):513-521
3. Whitaker-Worth L, Carlone V, Susser S, Phelan N, Grant-Kels M. Dermatologic diseases of the breast and nipple. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:733-751.
4. Menzies D, Barr L, Ellis H. Paget's disease of the nipple occurring after wide local excision and radiotherapy for carcinoma of the breast. *Eur J Surg Oncol* 16. 1989; 15:271.
5. Gupta S, Khana N, Khana S. Paget's disease of the male breast: A clinicopathologic study and a collective review. *J Surg Oncol* 1983; 22:151.
6. Schelfhout VR, Coene ED, Delaey B. Pathogenesis of Paget's disease: epidermal heregulin- α , motility factor, and the HER receptor family. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(8):622-8.
7. Muir R. The pathogenesis of Paget's disease of the nipple and associated lesions. *Br J Surg* 1935; 22:728-737.
8. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, Carson WE 3rd. Paget's disease of the breast: a 33-year experience. *J Am Coll Surg* 1998; 187:171-7.
9. Sagebiel RW. Ultrastructural observations on epidermal cells in Paget's disease of the breast. *Am J Pathol* 1969; 53:40-64.
10. Ascensao AC, Marques MSJ, Capita-Mor. Paget's disease of the breast. *S Afr Med J* 1988; 73:95.
11. Ikeda DM, Helvie MA, Frank TS. Paget's disease of the nipple: Radiologic-pathologic correlation. *Radiology* 1993; 189:89.



CASOS CLÍNICOS

6.- CÁNCER DE PULMÓN, SÍNDROME DE PANCOAST Y SÍNDROME DE HORNER

■ Mills Sánchez P.¹, Muñoz García JC.²

⁽¹⁾ Estudiante de 6º de medicina de la Universidad Rey Juan Carlos,

⁽²⁾ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Tutor Docente, CS El Soto, Móstoles (Madrid).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es el segundo tumor en frecuencia en hombres y mujeres; pero es la primera causa de muerte por tumores malignos, con una supervivencia media a los 5 años del 12-15%. Su máxima incidencia se encuentra en varones de entre 55 y 65 años. Existe una clara relación con el consumo de tabaco, con una asociación que llega al 90%, sobre todo, con la cantidad total de cigarrillos fumados (1).

Existen cuatro variedades histológicas. La más frecuente en España es el adenocarcinoma, seguido, por orden, del carcinoma epidermoide, microcítico y de células grandes (1).

Este cáncer provoca síntomas secundarios a la ocupación de espacio del propio tumor o de ganglios regionales así como a la producción de hormonas (síndrome paraneoplásico). Entre un 85-95% de los pacientes presentan síntomas o signos antes del diagnóstico. Por ello es importante conocerlos para su detección. Los más frecuentes son: tos, hemoptisis, sibilancias, estridor, disnea, dolor pleurítico, síntomas de absceso pulmonar, obstrucción traqueal, disfagia, parálisis del nervio laríngeo recurrente con ronquera, etc. (2).

En este artículo nos vamos a centrar en el síndrome de Horner y el síndrome de Pancoast.

El síndrome de Horner se expresa clínicamente con enoftalmia, ptosis, miosis y anhidrosis homolateral (2), aunque a menudo falta la anhidrosis (3).

La causa puede ser una deficiencia circulatoria del tallo encefálico, lesión de la médula cervical (4), una disección carotídea o una neoplasia que comprime la cadena simpática. Aunque la mayor parte de las veces no se conoce la causa (3).

En el caso del cáncer de pulmón la cadena simpática se comprime por tumores en los vértices del pulmón o por adenopatías cervicales (2).

El síndrome de Pancoast es la forma de presentación del cáncer de pulmón en un 3-5% de los casos (5). Produce dolor en el hombro con irradiación por el miembro superior en el territorio cubital (2) con entumecimiento del cuarto y quinto dedo (6). Se produce por compresión del octavo nervio cervical y los dos primeros torácicos por la masa tumoral (2). La causa más frecuente es un tumor del vértice pulmonar, especialmente el carcinoma epidermoide de pulmón (1).

Al cursar con hombro doloroso es muy frecuente que los pacientes sean derivados a otros servicios como Traumatología o que sean tratados por patología osteomuscular lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y tratamiento (6).

El tumor Pancoast tiene un comportamiento distinto, que conlleva un tratamiento diferente. Es de elección la quimiorradioterapia seguida de cirugía si es reseable (1).

Es frecuente la coexistencia de ambos síndromes. Así, ante la aparición de dolor cervical y de hombro al que se añade ptosis, miosis y anhidrosis la primera sospecha debe ser un tumor en el vértice pulmonar (6).

PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 52 años que acude a consulta en el mes de marzo de 2012 por dolor en hombro y muslo derechos de un mes de evolución. El dolor es discontinuo, predomina en reposo, de mayor intensidad por la noche y le despierta. Cede parcialmente con paracetamol. El dolor se acompaña de clínica respiratoria. Además de estos síntomas refiere astenia y pérdida de peso de 6 Kg en el mismo período.

Es un paciente fumador de 20 cigarrillos al día desde hace 16 años.

Al inspeccionar al paciente se observa una leve ptosis derecha acompañada de miosis por la que el paciente

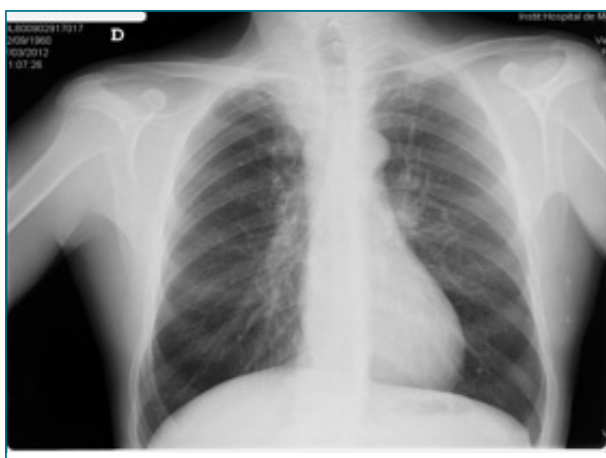
no consultaba. También se observa una masa supraclavicular bilateral que a la palpación sugiere adenopatías de dureza pétreas tanto en el lado derecho como en el izquierdo.

Ante esta clínica se le realiza una analítica de sangre, una radiografía de tórax y es derivado a Medicina Interna vía urgente para diagnóstico diferencial de la masa supraclavicular.

La radiografía inicial (imagen 1) es informada como 'Lesiones pleuropulmonares de aspecto residual a nivel apical bilateral. Signos moderados de hiperinsuflación pulmonar. Valorar clínicamente EPOC. Sin otras alteraciones'. No revelaba ninguna masa ni daba explicación a la exploración clínica realizada.

La analítica presenta una elevación del número de plaquetas, velocidad de segmentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) que son reactantes de fase aguda y reflejan un estado inflamatorio sistémico.

Imagen 1



Desde Medicina Interna se le realizan distintas pruebas que acaban por determinar la naturaleza de la masa.

La ecografía cervical (imagen 2) muestra adenopatías supraclaviculares bilaterales que exigen estudio con tomografía computerizada (TC) (imagen 3). Se le realiza una TC cervical y toracoabdominal. En ellas se observa una masa con sospecha de malignidad que parte del ápex pulmonar derecho que se extiende caudalmente hasta el hilio derecho. También se observan múltiples adenopatías bilaterales: conglomerados supraclaviculares bilaterales, adenopatías mediastínicas superiores derechas, supraesternales en la línea media, paratraqueales y prevasculares bilaterales, hiliares izquierdas, axilares izquierdas y paraórticas izquierdas que afectan a las estructuras adyacentes

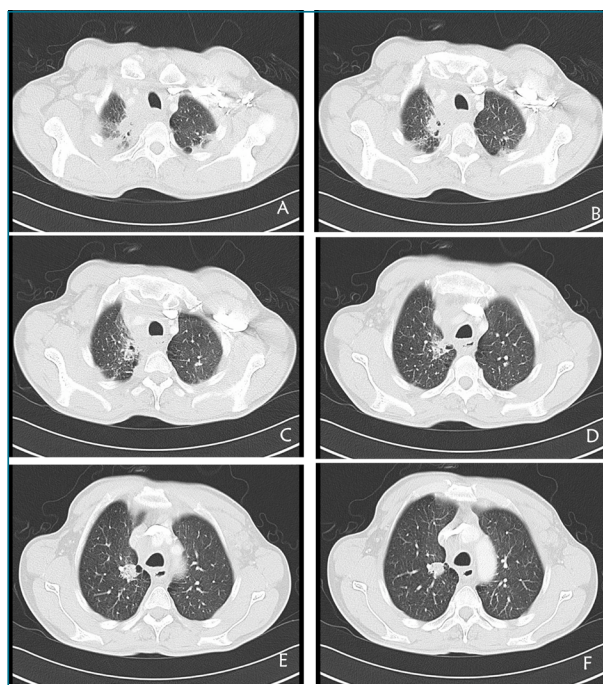
tanto vasculares como bronquiales. Además se visualizan masas metastásicas adrenales bilaterales; pero no hay evidencia de metástasis hepáticas ni óseas.

Con el estudio histológico se confirma que se trata de un Carcinoma Epidermoide de pulmón estadio IV, no candidato a la cirugía y que es tratado en primer lugar con quimioterapia paliativa cuatro meses (cisplatino y gemcitabina) seguida de radioterapia, que es el tratamiento actual, un año y cinco meses después de la primera consulta.

Imagen 2



Imagen 3.- Secuencia de la TC que muestra el comienzo de la masa en el ápex pulmonar derecho (A) y su extensión caudal (B-F)



DISCUSIÓN

Como se ha comentado en la introducción, el cáncer de pulmón en la mayoría de los casos cursa con síntomas.

El paciente consultaba únicamente por dolor en el hombro derecho. Sin embargo, la correcta anamnesis y exploración física llevaron a guiar el dolor de hombro en una dirección muy distinta a la habitual. Con la anamnesis se puso de manifiesto un síndrome constitucional y con la inspección, de una ptosis derecha, por las cuales el paciente no consultaba.

La palpación de las masas supraclaviculares bilaterales fue lo que puso el nivel de alarma e impuso la necesidad de estudio de imagen con urgencia. Aún así los signos y síntomas ya hacían sospechar de una masa derecha que afectaría a la cadena simpática derecha produciendo el síndrome de Horner, expresado únicamente por la ptosis derecha. Esta masa también habría de estar comprimiendo el octavo nervio cervical y los dos primeros torácicos produciendo así el dolor en el hombro derecho del síndrome de Pancoast.

La clínica respiratoria y el antecedente de tabaquismo hacían orientar la masa hacia una probable neoplasia de pulmón.

Con las pruebas de imagen se determinaba que era una masa sospechosa de malignidad, y no adenopatias del ápex derecho, la que comprimía estas estructuras. Más adelante con la histología se determinó que se trataba de un Carcinoma Epidermoide de pulmón estadio IV, que es el tipo histológico que con más frecuencia produce el síndrome de Pancoast.

Así, las correctas anamnesis y exploración cumplieron con el objetivo de F. del Campo Matías y cols. de reducir el retraso diagnóstico de este tipo de tumores (5).

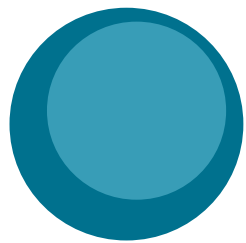
CONCLUSIÓN

Con este caso clínico se ha pretendido realzar el papel del clínico con la entrevista y la exploración, ya que fueron claves para orientar el dolor de hombro hacia una patología neoplásica, de mayor urgencia que la patología articular, evitando así demoras en el diagnóstico y tratamiento.

Para ello es importante conocer las variedades de presentación de una enfermedad, en este caso el cáncer de pulmón, para poder mantener un alto nivel de sospecha ante cualquier síntoma o signo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castela J, Fernández J. Neoplasias pulmonares. En: Castela J, Fernández J. Neumología y cirugía torácica. 8a ed. Madrid: CTO editorial, 2011: 94-102
2. Minna JD, Schiller JH. Neoplasias de pulmón. En: Fauci AS, Braunwald, MD, Kasper DL et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol. 1. 17a ed. México: Mc Graw-Hill; 2008: 551-562.
3. Horton JC. Trastornos oculares. En: Fauci AS, Braunwald, MD, Kasper DL, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol. 1. 17a ed. México: Mc Graw-Hill; 2008: 180-195.
4. Hauser SL, Ropper AH. Enfermedades de la médula espinal. En: Fauci AS, Braunwald, MD, Kasper DL, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol. 2. 17a ed. México: Mc Graw-Hill; 2008: 2588-2596.
5. Del Campo F, González JL, Martín JM. Hombro doloroso y tumor de Pancoast. MEDIFAM, 2001, vol 11: 346-349.
6. Engstrom JW. Dolor de espalda y cuello. En: Fauci AS, Braunwald, MD, Kasper DL, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol. 1. 17a ed. México: Mc Graw-Hill; 2008: 107-117.



SALIR DEL CENTRO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE RADIO

■ Fernández Delgado D. Médico de Familia. CS Los Ángeles.
Bustamante M.A. Enfermera. CS Los Ángeles.
Torcal Lorient J.M. Técnico de salud.

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud (EPS) constituye una de las actividades prioritarias en las consultas de atención primaria, y de las más efectivas, para promover hábitos saludables, el autocuidado y la autorresponsabilidad en la propia salud. Tanto en su forma individual en las consultas como en su forma grupal viene siendo aplicada frecuentemente en la promoción de la salud de enfermos crónicos como diabéticos, hipertensos y especialmente en tabaquismo.

Las tecnologías de la información se han incorporado como herramientas útiles en la educación para la salud suponiendo una posibilidad

La educación para la salud a través de un programa de radio es un método poco utilizado en comparación con las charlas, talleres e intervenciones grupales que suelen llevarse a cabo en los centros de salud. Esta novedad puede representar una fortaleza para los equipos de atención primaria y también es un recurso el que existan en la zona radios comunitarias sin ánimo de lucro, lo que supone un coste económico cero.

En la Dirección Asistencial Centro (DA Centro) lo hemos aprovechado y utilizamos las ondas como una herramienta más para hacer educación para la salud e integrar al equipo en la zona saliendo fuera de los centros de salud y llegando a toda la población de una manera continuada y las 24 horas del día al quedar grabados los programas en internet a disposición de los usuarios en diferido.

En el centro de salud Los Ángeles, desde su apertura en el año 1996, se han venido desarrollando múltiples actividades de educación. Además de talleres y seminarios de educación para la salud desde la comisión de EPS y Participación Comunitaria (PC) de la que es responsable el autor de este artículo, se han implementado otras modalidades: I JORNADA DE LITERATURA Y MEDICINA, en la que se abordó el tema de la violencia de género a través de la novela de Pascual Duarte (C.J. Cela), EDUCACION APARA LA SALUD A

TRAVÉS DEL QUIJOTE, con una lectura en el centro de diferentes pasajes de El Quijote que hacen referencia a consejos de salud. La lectura fue llevada a cabo por personal del centro de todos los estamentos, incluido servicio de limpieza, y por usuarios del centro y finalizando con la participación del equipo de cuidados paliativos (ESAD) con la lectura del texto referido a la muerte de D. Quijote. También desde esta comisión se han venido celebrando CONCIERTOS DE SALUD en los que a través de música clásica o de zarzuela interpretada por usuarios del centro, se transmitía un mensaje de salud en texto adaptado por el responsable de la comisión de EPS Y PC. Cada concierto abordaba un tema de salud: violencia de género, educación vial, prevención de tabaquismo etc. En esta línea el autor del artículo en el año 2006 propuso a la Gerencia del antiguo área XI la posibilidad de explorar una nueva modalidad de educación para la salud con un medio de más alcance y que diera la oportunidad de difundir las actividades que se estuvieran realizando en otros centros y que además fomentara un uso racional de los recursos de los centros de salud.

JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

- La audición de la radio a diario es una práctica muy común entre la población, sobre todo entre las amas de casa mientras realizan las tareas domésticas. Es por lo tanto un medio de comunicación que puede ser aprovechado para transmitir contenidos de EPS.
- El poder recibir estos mensajes no requeriría ningún esfuerzo a los oyentes, a diferencia de lo que ocurre en talleres o cursos presenciales de EPS.
- Al tratarse de una actividad semanal a hora y día fijo, se conseguiría una continuidad en la transmisión de los mensajes.
- Es una actividad novedosa que puede resultar, por esto mismo, motivadora para los usuarios así como para los miembros del equipo
- La presencia de una emisora comunitaria en la DA Centro es un recurso disponible y que no se está

utilizando. Su coste económico es nulo, su previsible efectividad elevada y existen profesionales en los centros de salud altamente motivados para esta actividad y con experiencias de haber participado en programas de radio.

OBJETIVO GENERAL

Transmitir EPS a través de la radio que redunde en un incremento de conocimientos para el cuidado de la propia salud, un uso racional y responsable de los recursos de su centro de salud y facilitar el acceso a los mismos a la vez que disminuir la frecuentación de las consultas, médicas, de enfermería y administrativas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Servir de estímulo a todos los miembros del Equipo de Atención Primaria para realizar actividades de EPS.
- Integrar a los agentes y líderes de salud de la DA Centro en actividades de EPS diseñadas desde Atención Primaria y Salud Pública
- Dar a conocer todas las actividades de EPS y Participación Comunitaria (PC) que se están desarrollando en los diferentes centros de salud de la DA Centro.
- Fomentar la participación directa de usuarios a través del contestador de la emisora o de su intervención directa mediante llamadas.
- Informar sobre accesibilidad al centro, consulta telefónica, procedimientos para prestaciones y gestiones administrativas.
- Suministrar conocimientos sobre **medidas preventivas** y actuación ante enfermedades agudas y crónicas más comunes.
- Proporcionar información veraz y tranquilizadora sobre **temas de salud puntuales**.

METODOLOGÍA

El programa ONDA SALUD inició su primera emisión el día 19 de Septiembre de 2007 continuando en la actualidad.

El programa se emite en directo todos los miércoles en la emisora de ONDA COMUNITARIA MERLIN, situada en la calle San Agapito nº 1 (Villaverde Bajo). Su duración es de 60 minutos, de 10:00h a 11:00h. El programa es interactivo con los oyentes puesto que éstos pueden realizar llamadas en directo y plantear sus dudas, comentarios o sugerir temas a tratar.

El programa queda “colgado” en la página web de la emisora (www.omcradio.org) pudiéndose escuchar en diferido a cualquier hora o descargarse.

Otras veces el programa se graba con público en centros de salud, colegios o centros de la tercera edad de la zona en los que han actuado grupos musicales o corales de la DAS Centro, como la rondalla Santa Bibiana.

El equipo del programa lo integran un médico de atención primaria, un técnico de salud y una diplomada en enfermería. Cuenta como colaboradores con agentes de salud del barrio que intervienen puntualmente: farmacéuticos, profesores, podólogos, ópticos, educadores, policías, etc.

Los contenidos del programa hacen referencia a los clásicos temas de educación para la salud en apartados dirigidos a todos los estratos de la población: infantil, adolescentes adultos y tercera edad.

Los temas se estructuran en preguntas cortas y directas a los invitados que los presentan de tal modo que se va suministrando información a los oyentes para generar unos **conocimientos** ciertos que se pueden traducir en **comportamientos** saludables y se fomenten **actitudes** proactivas y positivas hacia el problema de salud.

La escaleta del programa está compuesta por diferentes apartados separados por cuñas que son mensajes de salud o consejos para hacer un uso responsable de los recursos del centro de salud. Estas cuñas han sido grabadas por los mismos usuarios del centro de salud Los Ángeles.

Para la elección del tema se han seguido varios criterios:

- La estacionalidad de los problemas: prevención de catarros en invierno, alergias en primavera, campaña de vacunación antigripal en otoño
- La actualidad del tema en los medios de comunicación.
- Epidemias puntuales.
- La seguridad vial en vísperas de puentes y vacaciones.
- La prevención y autocuidados en enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, asma, etc.
- Hábitos saludables: ejercicio, alimentación

Además de los temas generales se abordan otros temas puntuales:

- **¿Sabías que?** Una información breve y concreta en la que se deshace una creencia errónea sobre la salud, se desmonta un mito o se conculca un comportamiento saludable sencillo pero efectivo.

Ejemplos:

¿Sabías que la digestión empieza en la boca?

¿Sabías que el asma no contraindica el ejercicio?

¿Sabes lo que hay que evitar al hacer una dieta?
¿Sabes cómo tomar el sol correctamente?

- **Arte y salud.** Una colaboradora profesora de historia del arte comenta un cuadro conocido de pintores clásicos (Goya, Velázquez, Sorolla, Picaso, Zúbarán, etc.) que hace referencia al tema de salud que se está tratando ese día.
Los jugadores de cartas de Paul Cezane para el tema de las adicciones sin sustancia. El albañil herido de Goya para el tema de prevención de accidente y riesgos laborales.
- **Testimonios de salud.** Un usuario cuenta cómo ha llegado a controlar su problema de salud e integrarlo en su vida diaria conservando calidad de vida o ha conseguido superar una adicción: alcoholismo, tabaquismo.

Intervienen como invitados médicos de atención primaria y enfermería de los centros de salud del la DAS Centro así como también médicos de Atención Especializada.

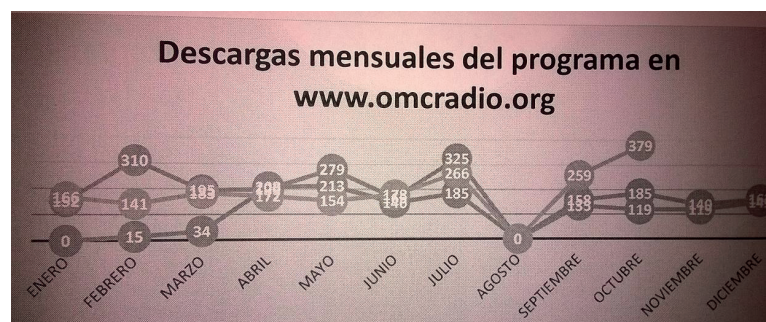
Para cada programa se elabora un cartel con el título del tema y el nombre del invitado y durante la semana previa al programa permanece expuesto en el centro de salud o en el hospital de donde procede el invitado.

RESULTADOS

El programa lleva funcionando 8 años. Los temas que se han tratado hacen referencia a o planteado en los objetivos y referidos a todos los estratos de la población. Citaremos algunos ejemplos

El nivel de audiencia y seguimiento directamente no se ha podido medir por carecer de presupuesto para el estudio de medios, pero sí indirectamente por el número de descargas en internet y consultas y llamadas telefónicas en directo. También por el numeroso público asistente a las emisiones en directo en todas las salidas realizadas en las que se han llenado los locales utilizados.

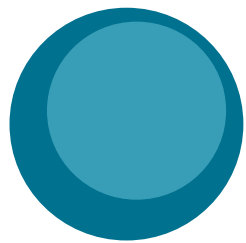
Se han recibido 410 llamadas. Los profesionales sanitarios que han intervenido nos han referido comentarios positivos de sus pacientes alusivos a su intervención.



Se producen una media de algo más de 200 descargas de cada programa. Estas se han incrementado en términos absolutos en los últimos años como se refleja en la gráfica.

A partir de Septiembre de 2014 se ha estado posicionando el programa con el apoyo voluntario de un "community manager", el día de la emisión de cada programa. Esto ha supuesto el despegue del programa a través de la página web de OMCRADIO ONDA SALUD. Es nuestro objetivo para el 2015 duplicar el número de descargas de cada programa

TEMA	POBLACIÓN	LUGAR DE EMISIÓN
Prevención alcoholismo. Efectos del botellón	Adolescentes	Colegio Nuestra S, de los Angeles
Cuidados de salud en la tercera edad	Tercera edad	Residencia tercera edad. San Martín de la Vega
Necesidades de salud en la menopausia	Mujeres. Menopausia	Emisora
Prevención de alergias y quemaduras solares.	A toda la población	Emisora
Cuidados del pie diabético	A toda la población	Emisora
Educación vial y prevención de accidentes	A toda la población	Centro Salud los Angeles
Remedios caseros y prevención de catarros e infecciones respiratorias	A toda la población	Emisora.
Ayudas para la dehabituación tabáquica.	A toda la población	CMS (Centro Madrid Salud) Villaverde



EL CAFELITO

■ Javier Bris Pertíñez
Médico de Familia. GdT Salud Basada en Emociones.

CAFELITO 1: ENFERMOS DE “ACTITUD”

¿Tú qué haces ante ese tipo de personas a las que podríamos llamar “gente negativa”? Es como si se hubieran acomodado en el ejercicio de la queja *per sé* sin hacer nada más. Cuando pienso en este tipo de personas me viene a la mente el concepto de *Indefensión Aprendida*.

La *Indefensión Aprendida* como término psicológico fue introducida por primera vez por el psicólogo Martin Seligman en la Universidad de Pensilvania. En uno de sus experimentos, Seligman expuso a dos grupos de perros a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los grupos tenía la posibilidad de detener esa descarga si empujaba con el hocico un panel que tenían enfrente. Sin embargo el otro grupo no tenía medio alguno para escapar de las descargas.

En un segundo experimento juntó a todos los perros en una nueva jaula electrificada de la que podían salir sencillamente de un brinco. Mientras que el grupo de perros que había logrado controlar las descargas eléctricas se escapaba en pocos segundos, los perros del grupo que no había logrado escapar no hacían el menor esfuerzo en huir de esta tortura.

Existen algunos experimentos en esta línea hechos con personas. De hecho existe un vídeo en youtube en que una profesora hace sentir una experiencia muy interesante a sus alumnos: Les pone un examen a todos a la vez, pero una mitad tienen las preguntas trucadas de manera que la respuesta es “imposible” mientras que el otro grupo tiene un examen normal con posibilidad de acertar o no según su nivel de conocimientos.

En una segunda parte del examen vuelve a repetir la experiencia pero esta vez todos tienen las mismas preguntas normales, sin truco alguno ¿Sabes qué grupo de niños falla más? Pues sí, efectivamente, el grupo de los niños que tuvieron el primer examen de las respuestas “imposibles”.

Esta es la conclusión que yo saco:

La actitud de *indefensión aprendida* que las personas y los animales asumimos ante situaciones injustas se mantiene y te hace desaprovechar otras oportunida-

des que te da la vida y cuyo mal resultado no tendría por qué repetirse. Parece obvio, pero qué difícil nos resulta a veces salir de nuestras propias “*indefensiones aprendidas*”.

CAFELITO 2: EL JUEGO DE LA SALVACIÓN

Existe un tipo de personas a los que podríamos llamar “*victimistas*” con el que los médicos de familia corremos un grave riesgo, el de entrar en un juego psicológico, concretamente el conocido como *juego de la salvación*.

Pero antes de nada: ¿Qué son los juegos psicológicos?

Pues podríamos responder con otra pregunta ¿Alguna vez te has preguntado: *Y este de qué va? ¿A qué está jugando?* Pues esto es un juego psicológico. Los juegos psicológicos son conductas aprendidas con las que sabemos que podemos obtener determinado resultado. Tienen en común algunas cosas con los juegos de ocio. Por ejemplo: los juegos psicológicos siguen sus propias **reglas** y dentro de ellos existen jugadas que tienden a **repetirse** según los **resultados** obtenidos en otras ocasiones.

Pongamos un caso: Imagina que cada vez que nos enfadamos yo entro en el juego psicológico de “*no mirarte a la cara*” y entro contigo en un juego al que podríamos llamar: “*me has hecho daño, pues ahora te castigo no mirándote*”. Yo lo hago porque preveo que esto va a desencadenar un resultado concreto que seguramente ya habré experimentado en alguna otra ocasión y del que previsiblemente obtendré algún beneficio como tenerne una temporadita a mis pies, pidiéndome perdón.

Como puedes imaginar, entrar en un juego psicológico consume mucha energía psíquica y es una fuente de cargas emocionales.

Hablemos ahora del *juego de la salvación*:

Existen personas con actitudes “*victimistas*” que propician la entrada en este tipo de juego psicológico: C. Steiner llama **El juego de la salvación** a un juego compuesto por tres roles: La víctima, el salvador y el perseguidor:

- **La víctima.** Se siente impotente, desamparada... y parte de la situación: *"yo no estoy bien, tú sí estás bien. Intenta ayudarme."*
- **El Salvador.** Se considera a sí mismo en un nivel superior. Tiene un alto concepto de sí mismo (además de un ego considerable) y piensa que tiene todas las herramientas para salvar a la víctima. Digamos que parte de la situación: *"Yo estoy bien, tú no estás bien. Y yo, que soy tu salvador, intentaré ayudarte."*
- **Perseguidor.** Se siente enojado y ostenta algún tipo de autoridad sobre la víctima. Parte de la situación: *"yo estoy bien, tú no estás bien pero es por tu culpa... y ahora te vas a enterar porque voy a por ti..."*

Lo más frecuente es que el juego comience desde el papel de la víctima que lanza un cebo emocional a su futuro salvador... No consigo adelgazar, no puedo dejar de hacer tal o cual cosa... ¿Cuántas veces asume uno un papel de salvador ante una supuesta víctima que podría hacer más cosas por sí mismo y sin embargo prefiere quedarse en este rol de víctima?

S. Karpman en su obra "El triángulo del Drama" afirma que estas figuras del juego de la salvación forman un triángulo dentro del que continuamente se intercambian los tres roles. Algo así le pasó a un compañero y amigo en su centro de salud. Te cuento: Un paciente nuevo en su cupo entró por primera vez en la consulta. Estaba convaleciente de una cardiopatía isquémica. Sus primeras palabras al entrar fueron: —*"Ya era hora de que le abrieran a usted el cupo. Es la tercera vez que me cambio de médico desde que me dio el 'jamacuco'. No sé qué hacen sus compañeros que ninguno da con la tecla de lo que me pasa. Menos mal que ahora me toca con usted que, según me han dicho, es el mejor médico del centro"*—. Comentó mientras soltaba airadamente en la mesa de mi compañero un montón de cartoncitos de medicamentos para este que le hiciera recetas.

A su proceso cardíaco se acompañaban otros cuantos: Hipertensión arterial, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo y artrosis en ambas rodillas. Tenía hábitos de vida marcados por el sedentarismo y la ingesta de alcohol. Pero sobre todo, en su actitud no contemplaba el menor interés en esforzarse por cambiar nada que dependiese de él. Era una *"víctima perfecta"* y mi compañero no pudo resistir la tentación de convertirse en su *"salvador"*. Le habían dicho que era el mejor médico del centro y su ego estaba ahí dispuesto a hacerle entrar en este juego.

De esta manera, no cayó en dejar bien claro que el proceso de mejoría dependía mucho de la actitud y el propio esfuerzo del paciente. Por lo que al cabo de muy poco tiempo este mismo paciente le atacaba tachándole de incompetente, de no saber nada de medicina... y de todas esas cosas con la que resulta tan fácil hacer daño a un médico. Así pues:

¿Qué sucede cuando alguien que comenzó el juego desde el papel de víctima cuestiona ahora su profesionalidad e incluso entra asuntos más graves y dice, por ejemplo, que va a denunciar a su médico: ¡El supuesto salvador!? Pues que este paciente cambia a ser el perseguidor y su médico la víctima.

Pero puede que la cosa vaya aún más allá y el mismo médico decida no ser víctima y lo que haga sea pasar a convertirse en perseguidor de su paciente y entonces utilice expresiones como: *¡Lo que sucede es que usted no cumple con lo que yo le he mandado...!* o utiliza recursos "defensivos" cuyo fin no es proteger la calidad de la atención que presta a su paciente sino protegerse a sí mismo, como víctima potencial.

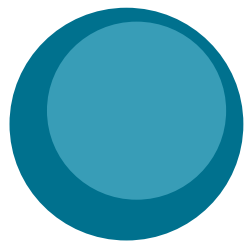
O incluso puede ser también que, en un acto aún más elaborado, el médico decida aliarse con su paciente y ambos se trasformen en perseguidores de terceros con planteamientos como: *"la culpa es del médico de la otra consulta, de la enfermera o del gobernante de turno..."* Todo menos quedarse con el problema de ser él, el perseguido y por tanto la víctima... Y así podríamos tirar aún más y más de la madeja e incluso plantearnos: ¿Es posible entrar en el juego de la salvación con uno mismo? ¿Podría una misma persona convertirse en víctima de sus propios juegos y hábitos mal aprendidos para convertirse a su vez en su salvador y perseguidor de sí mismo? Tal vez esto podría explicar muchos comportamientos incomprensibles además de un gran número de patologías psicósomáticas que darían para otro cafelito.

Está claro que una vez comienza este juego de la salvación resulta muy difícil salir de él, pues la acumulación de resentimientos se hace cada vez mayor y más aún para las profesiones sanitarias en que, tradicionalmente *"dejar de salvar"* supone dejar de ser solidario, generoso y sobre todo dejar de ser considerado un buen profesional.

¡Apliquémonos el cuento: Existen juegos en los que es mejor no entrar!

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Steiner. Los guiones que vivimos. Ed. Kairós. Barcelona. 2011.
2. Goleman D. Inteligencia emocional. Editorial Cairós. 59 ed. Barcelona 2005
3. Castanyer O. La asertividad expresión de una sana autoestima. Ed. Serendipity 25ª ed. Bilbao 1996.
4. <https://www.youtube.com/watch?v=OtB6RTJVqPM>



LA TABERNA DE PLATÓN

JURAMENTO HIPOCRATICO

■ GdT Bioética de la SoMaMFyC

El juramento hipocrático es un símbolo, un juramento publico realizado tras la graduación en medicina que ha regido la actividad profesional de los médicos durante siglos.

Se cree fue redactado por Hipócrates de Cos en el siglo V (a.C) y considerado una síntesis del deber moral y la ética médica.

Establece unas reglas esenciales: actuar siempre en beneficio del enfermo (beneficencia) no hacerle daño (no maleficencia) y guardar silencio sobre todo aquello que se oiga ó vea en el ejercicio de su profesión (confidencialidad) esta ultima uno de los pilares de la relación médico-paciente.

Con el paso de los años este juramento se ha ido actualizando, adaptando a los tiempos y a la ética de cada momento.

En el año 1945 durante la Convención de Ginebra se redactó uno nuevo muy influenciado por los crímenes realizados durante el nazismo. En él se añaden nuevas promesas como la de no utilizar los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad, el de no permitir que entre el deber del médico y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido ó clase y el respeto absoluto a la vida.

En 1964 el Dr. Louis Lasagna decano de la Universidad de Tufts. Massachusetts (USA) promulga una nueva versión siendo en la actualidad la mas utilizada en las facultades de Medicina anglosajonas.

Juramento Hipocratico Dr. Lasagna:

Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto.

Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás.

Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobretratamiento y del nihilismo terapéutico.

Recordaré que la medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico.

No me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente.

Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios.

Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica.

Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados.

Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación.

Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos.

Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda.

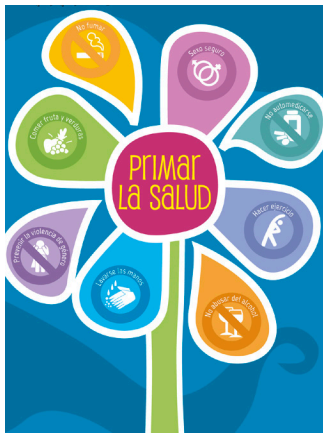
En ella se incluyen temas como la aceptación de las limitaciones del conocimiento por parte del médico

(Hipócrates ya lo mencionaba), conceptos de comprensión, empatía, buen trato (calidez es el termino que utiliza) todos ellos inherentes a la relación médico-paciente.

Otros conceptos relativamente modernos también tienen cabida en este juramento: limitación del esfuer-

zo terapéutico, tratamiento fútil y la importancia de la prevención en el quehacer médico.

Sin embargo podemos decir que a pesar de los cambios sufridos en el juramento hipocrático, temas básicos éticos como la confidencialidad, la beneficencia y la no maleficencia han permanecido invariables con el paso del tiempo.



Queridos compañeros:

Los Comités Organizador y Científico estamos preparando el **XXIV Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria**, y queremos invitaros a participar en él.

Un congreso que, como los últimos celebrados, sigue enmarcado en unos tiempos en los que soplan aires de replanteamientos críticos sobre lo establecido como paradigmas incuestionables. Nuestra disciplina profesional comparte dicha sistemática desde sus inicios, a pesar de que desde el marco laboral predominante en el que nos desenvolvemos el sistema se acomode en la inercia. Nos corresponde seguir a delante en la renovación de lo prescrito y en la vigilancia y custodia de los valores clave de nuestro oficio.

Será el próximo **23 de Abril de 2015** y hemos elegido un lema del que los médicos de familia somos abanderados **"Primar la Salud"**

Nuestros pacientes no sólo acuden a nosotros cuando están enfermos sino también cuando están sanos. Nuestro primer objetivo debe ser que continúen así y para ello hay que informar, motivar, guiar y capacitar a los pacientes para que logren administrar con acierto su patrimonio en salud. Proporcionar la ayuda para deshojar con él su margarita y se desprenda

de las conductas perjudiciales y conserve las saludables.

Debemos estar siempre con el paciente, en la vanguardia de la protección de su salud y en la lucha contra la enfermedad antes de que se presente, durante ella acompañando al paciente y, una vez que se supera, para restablecer el mejor estado y calidad de vida posible

Dos mesas redondas abordarán dos aspectos que nos parecen clave en este contexto:

"Dejar de hacer para poder hacer ", tratará con carácter crítico sobre las actividades o acciones inútiles que no deberíamos hacer para realizar las que, siendo factibles desde la consulta, deberían ser prioritarias para mejorar y mantener la salud con evidencia. Para poder hacer y preservar nuestro compromiso con el paciente, el médico de familia necesita de herramientas diagnósticas, tecnológicas y de acceso a la información clínica relevante en tiempo y forma. Con éste soporte se puede administrar con mejor diligencia la travesía de nuestro paciente. Esto a su vez mejora el acceso y uso más racional a los recursos. La ecuación del uso más eficiente de estos requiere de la optimización de los mismos, y los recursos humanos son la llave para conseguirlo.

"La cronicidad: un reto actual", en esta mesa repasaremos las experiencias existentes sobre la implantación y desarrollo de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas en otras comunidades y desde la comunidad de Madrid dónde recientemente se ha presentado la estrategia.

En el espacio JMF **"Los JMF somos los anfitriones a una conversación"**, invitaremos a dos médicos con experiencia y recorrido en la profesión y a dos médicos jóvenes para debatir sobre cómo hacer el relevo generacional de los médicos de familia. Esta mesa quiere ser muy participativa y para ello se facilitará con antelación a la misma la inclusión de preguntas a los ponentes. Os proponemos un **"Espacio Científico"** donde además de exponer los proyectos de investigación que se llevan a cabo en Madrid, abrimos una nueva categoría de presentación de casos clínicos como comunicaciones o posters, dirigidos y desarrollados en Atención Primaria, desde su enfoque diagnóstico pasando por su evolución hasta su resolución.

Dos espacios más: **Talleres y Actualizaciones en un plis-plas**, donde desde los grupos de trabajo nos facilitarán herramientas prácticas y actualizaciones relevantes para nuestra tarea diaria.

Finalmente os animamos a participar en el concurso de "Microrelatos" sobre tema libre para cultivar la creatividad e ingenio. Esperamos que la propuesta os agrade y motive a participar. Nuestro congreso, es un lugar de encuentro y experiencias compartidas, que se enriquecerá con las aportaciones de los participantes y de ello depende el éxito del mismo. Por ello, queremos invitaros a colaborar activamente en el mismo mediante el envío de comunicaciones. Como es habitual, las actividades del congreso estarán acreditadas por la Comisión de Formación Continuada.

Los Comités Organizador y Científico trabajamos con ilusión para conseguir un Congreso que disfrutéis y a la vez os sea útil para vuestro día a día.

¡¡Contamos con vosotros!!

Carmen Refolio
Presidenta del Comité Científico

Ester Zamarrón
Presidenta del Comité Organizador

XXIV

CONGRESO DE LA SOCIEDAD
MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA
Y COMUNITARIA

23 de abril de 2015 - Madrid

