



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Bloqueantes alfa-1 adrenérgicos y síndrome de iris flácido intraoperatorio

Alpha 1-adrenogenic blockers and intraoperative floppy iris syndrome

Sr. Director:

Hemos leído el interesante documento de consenso, publicado en su revista, «Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria»¹. Quisiéramos felicitar a los autores por su excelente trabajo y efectuar una consideración respecto al tratamiento con bloqueadores alfa adrenérgicos.

El síndrome de iris flácido intraoperatorio (IFIS), descrito por Chang y Campbell en el año 2005, se observa durante la microcirugía de cataratas mediante facoemulsificación ultrasónica en pacientes que están o han estado en tratamiento con bloqueantes alfa-1 adrenérgicos; está compuesto por una tríada: iris flácido atónico que se ondula en respuesta a la irrigación intraocular propia de la fluidica peroperatoria, tendencia iridiana a prolapsarse hacia la punta del facoemulsificador y las incisiones, y una miosis progresiva ineluctable a pesar de la utilización de medidas farmacológicas preoperatorias habituales². Las complicaciones que pueden derivarse de este síndrome, como por ejemplo la atrofia sectorial iridiana, hernias de iris, diplopía monocular o el edema macular quístico entre otras, afectan a la mejoría visual del paciente esperable tras la cirugía de cataratas³. Aunque se han dado casos de IFIS con todos los bloqueantes alfa-1 adrenérgicos empleados habitualmente para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata o el tratamiento de la hipertensión arterial, la prevalencia más alta se produce con tamsulosina (57-100% de pacientes que la toman)².

En enero del 2007, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios emitía una nota informativa acerca de los bloqueantes alfa-1 adrenérgicos y el IFIS, mientras se esperaba la aportación de nuevos datos (<http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/bloqueantes-alfa1.htm>) con 2 recomendaciones: 1) en los pacientes que se encuentran en tratamiento con bloqueantes alfa-1 adrenérgicos se recomienda suspender dicho tratamiento al menos 1-2 semanas antes de la cirugía de cataratas, e incluir preguntas sobre el tratamiento con bloqueantes alfa-1 adrenérgicos en el estudio preoperatorio

o preanestésico del paciente para adecuar la preparación y realización de la cirugía de cataratas, y 2) no recomendar el inicio del tratamiento con bloqueantes alfa 1-adrenérgicos en aquellos pacientes en los que se haya planificado cirugía de cataratas.

Los últimos artículos de revisión indexados en Medline^{4,5} destacan que la interrupción temporal de la tamsulosina previa a la cirugía puede no ser efectiva y puede no reducir la severidad del IFIS⁶. Por otro lado, a pesar de las distintas estrategias farmacológicas utilizadas por los oftalmólogos durante la cirugía en los pacientes que están o han estado en tratamiento con tamsulosina, no se consigue impedir completamente su aparición⁵. Por lo tanto, además de sugerir la completa anamnesis en cuanto a antecedentes farmacológicos, de igual modo que se hace con los anticoagulantes, por parte de los oftalmólogos, parece razonable recomendar que desde las consultas de Atención Primaria y de Urología se pregunte a los pacientes candidatos a tratamiento con bloqueantes alfa-1 adrenérgicos acerca de la posibilidad de problemas oculares y se solicite una valoración oftalmológica previa a la prescripción de éstos, con el fin de determinar si es oportuno realizar la cirugía de cataratas de manera electiva⁴.

Bibliografía

1. Molero JM, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:36–46.
2. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg*. 2005;31:664–73.
3. Abdel-Aziz S, Mamalis N. Intraoperative floppy iris syndrome. *Curr Opin Ophthalmol*. 2009;20:37–41.
4. Yacyioglu O, Altan-Yacyioglu R. Intraoperative floppy iris syndrome: facts for the urologist. *Urology*. 2010;76:272–6.
5. Flach AJ. Intraoperative floppy iris syndrome: pathophysiology, prevention and treatment. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2009;107:234–9.
6. Panagis L, Basile M, Friedman AH, Danias J. Intraoperative floppy-iris syndrome (IFIS): report of a case and histopathologic analysis. *Arch Ophthalmol*. 2010;128:1437–41.

Sonia Delgado Gallego^{a,*}, Francisco José Pérez Molto^b, José Luis Cuadrado Escamilla^c y Amparo Soriano Lafarge^d

^a Servicio de Urgencias Hospitalarias, Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, Cuenca, España

^b Departamento de Anatomía y Embriología Humana, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

^c Servicio de Oftalmología, Hospital del Vendrell, Tarragona, España

^d Servicio de Oftalmología, Hospital San Francisco de Borja, Gandía, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sdelgadogallego@yahoo.es
(S. Delgado Gallego).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.024

Cirugía menor, ¿satisfacción y calidad?

Minor surgery: satisfaction and quality?

Sr. Director:

Con el objetivo de comparar la satisfacción entre pacientes sometidos a cirugía menor en atención primaria (AP) y especializada, se realizó un estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Se incluyeron 87 pacientes mayores de edad sometidos a cirugía menor entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2008. No pudieron ser incluidos 188 pacientes. Se midió el grado de satisfacción global y específico para aspectos concretos, así como las complicaciones posquirúrgicas referidas por el paciente, el diagnóstico empírico de las lesiones, el diagnóstico de certeza y el grado de acuerdo.

La media de edad de los pacientes fue de 59,6 años (DE: 16,5), y el 57% eran mujeres. El 67% fueron intervenidos en AP, el 27% en dermatología y el 6% en cirugía general. El porcentaje de pacientes satisfechos fue del 96% en AP y del 93% en especializada (diferencia del 3%; IC 95%: -9,5 a 16,4%). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción entre ambos niveles por edad o sexo, aunque sí en el tiempo de espera el día de la intervención ($p=0,005$) y en la sala donde se realizó ($p=0,03$), favorables para AP. El porcentaje de pacientes que se complicaron en AP fue de 38% y en especializada de 44% (diferencia del 6%; IC 95%: -17 a 31%).

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño de la muestra debido a que se llevó a cabo en un único equipo de AP y a que participó solamente la tercera parte de los pacientes que inicialmente cumplían los criterios de inclusión. Por otra parte el método de captación empleado demostró una efectividad limitada, ya que durante el período de captación no acudieron a consulta todos los pacientes que reunían los criterios de inclusión. Además, algunos de los que acudieron no llegaron a ser enviados para el estudio, ni tampoco fue posible localizar telefónicamente a gran parte de nuestra población. No obstante, la distribución por sexo y edad fue similar entre los participantes y los no participantes.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron similares a los de otros estudios¹⁻³. En cuanto a la derivación a otro

nivel asistencial, las lesiones con diagnóstico clínico menos dificultoso se realizan en su mayoría en AP, mientras que las que pueden plantear dudas diagnósticas (codificadas como «lesión piel») son las que más se derivan.

La satisfacción global fue muy similar en ambos niveles asistenciales. Tampoco hubo diferencias según género y edad, a diferencia de lo encontrado en otro trabajo¹ que apuntaba que las mujeres estaban menos satisfechas, así como los varones jóvenes respecto a los mayores.

La concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en nuestro trabajo fue algo superior a la encontrada por Cox et al⁴ pero inferior a otros estudios^{2,3,5}. Este hecho puede estar condicionado porque generalmente se envían piezas quirúrgicas con diagnóstico dificultoso. Probablemente el grado de concordancia sería mejor si, como en otros estudios^{2,3,5}, se evaluaran la mayoría de las piezas quirúrgicas, incluidas aquellas en las que la seguridad del diagnóstico clínico es casi absoluta. Algunos estudios señalan que el análisis anatomopatológico sistemático de todas las lesiones reseadas podría mejorar la capacidad de detección de enfermedades malignas⁶, a pesar de que algunos autores opinen lo contrario.

Una de las propuestas de mejora para evaluar la actividad realizada de forma más exhaustiva es concienciar al profesional de AP de la importancia de emitir un diagnóstico de sospecha específico.

Agradecimientos

A Isabel del Cura González y Luisa Cabello Ballesteros por su ayuda en la realización del diseño y metodología del estudio.

Bibliografía

1. Rissin Y, Fodor L, Ishach H, Oded R. Patient satisfaction after removal of skin lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:951-5.
2. del Castillo A, Méndez J, Fernández I, López A. Cirugía menor durante dos años en un centro de salud. *Médicos de Familia*. 2003;3:17-9.
3. Tárraga PJ, Celada A, Cerdán M, Solera J. Cirugía menor en un centro de salud rural: 2 años de experiencia. *MEDIFAM*. 2003;13:285-90.
4. Cox NH, Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. *BMJ*. 1992;304:575.
5. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;5:320-5.
6. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ*. 1991;303:1177-9.

Zaida Caurel Sastre^{a,*} y Noelia Caballero Encinar^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Centro de Salud Sector III, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zaidacs@gmail.com (Z. Caurel Sastre)..

doi:10.1016/j.aprim.2010.11.012