



CARTAS AL EDITOR

Sufrimiento social: cómo mirar la salud, no es trivial



Social suffering: How to look at health; it is not trivial

Sr. Editor:

Por iniciativa del Grupo de Trabajo de Tercer y Cuarto Mundo de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria y la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia, se desarrolló una experiencia docente dirigida a residentes de tercer año (MIR3) en el contexto de una jornada (abril 2015) sobre el papel de los médicos de familia¹ en el tercer y cuarto mundo, ofreciendo otra forma de mirar la salud, e invitando a romper la inercia.

Con el objetivo de reflexionar, con los MIR3, sobre el sufrimiento social²⁻⁴ y su impacto en las consultas de atención primaria¹ (AP), así como averiguar sus conocimientos sobre determinantes sociales²⁻⁵, y conocer su actitud y aptitud para el manejo de estos problemas, se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y cualitativo, con metodología dinámica y participativa, organizado a través de una encuesta exploratoria estructurada, anónima y autocumplimentada de 21 preguntas multirrespuesta, con escala de Likert para reflexión individual (tabla 1), seguido de un taller teórico-práctico (1,5 h) y una recapitulación de conclusiones finales.

Para la dinámica del taller, se formaron 5 grupos de 4 personas, con un portavoz por grupo, con asignación al azar de las personas para enriquecer la discusión grupal. Funcionaron como equipos para el juego, y los grupos focales de discusión. Se recurrió a una actividad tipo *trivial* bajo el nombre «Cómo mirar la salud no es TRIVIAL», planteándose 20 preguntas con 4 respuestas posibles, distribuidas en 4 bloques: definiciones, epidemiología, factores de riesgo y notas para consulta. Cada pregunta obligaba a discutir y consensuar en grupo. Los ganadores obtuvieron 18 aciertos sobre 20 preguntas, los demás: 15, 14, 14 y 12.

Las coordinadoras del taller expusieron, dando opción a debate, las respuestas correctas razonadas. El equipo ganador fue gratificado con un premio solidario. Para terminar y favorecer la obtención de información estructurada de la discusión grupal, mediante *write-storming*, se propusieron 3 temas: experiencias con respecto al sufrimiento social en su trabajo, reflexiones al respecto y propuestas de solución. Se hizo puesta en común. El taller se cerró mediante recapitulación y exposición de conclusiones, por parte de las organizadoras.

Los participantes manifiestan de forma generalizada y coincidente, con saturación de información, tener desconocimiento conceptual, epidemiológico y científico sobre determinantes sociales, no haber recibido formación ni leído literatura científica al respecto. A pesar de que en su experiencia (guardias, rotatorios) la mayoría observa: sufrimiento social, abandono de tratamientos por cuestiones económicas, presentismo, dietas inadecuadas, mala salud bucodental, sobrecarga económica y personal de abuelos, modificación de estructuras familiares, población vulnerable y enfermedades con condicionantes psicosociales. Estas vivencias les suscitan sensación de desigualdad.

Proponen: fomentar el trabajo multiprofesional, registrar periódicamente a los pacientes excluidos de los cupos, y la necesidad de invertir más en gasto social.

La mayoría tienen una actitud favorable al manejo biopsicosocial ante consultas de los pacientes. Aunque, en general, no se sienten preparados: desconocen los recursos sociales y comunitarios, el abordaje no farmacológico, el manejo del malestar emocional o la prescripción social. Expresan la utilidad del taller para adquirir conocimientos, reflexionar y sensibilizar, predisponiéndose a adoptar una actitud favorable al enfoque biopsicosocial.

En conclusión, en los participantes se contraponen el desconocimiento y la falta de formación sobre determinantes sociales y su abordaje en AP, a la actitud positiva de enfrentarse al sufrimiento social. Parece necesario implementar medidas formativas que mejoren esta situación.

La experiencia del taller en una jornada temática avalada por una sociedad científica y una unidad docente resulta una herramienta eficaz y amena.

Tabla 1 Resultados de la encuesta autocumplimentada individual

Pregunta:	Respuestas obtenidas				
1. <i>¿Qué conocimiento tienes sobre determinantes sociales?</i>	Mucho: 0	Bastante: 2	Poco: 17	Nada: 1	
2. <i>¿Has recibido formación sobre determinantes sociales, impacto en la salud pública e individual?</i>	Mucha: 0	Bastante: 1	Poco: 16	Nada: 3	
3. <i>¿Has leído literatura científica sobre este tema?</i>	Mucha: 1	Bastante: 0	Poco: 13	Nada: 6	
4. <i>¿Sabes lo que es:</i> Presentismo? Aporofobia? Pobreza energética? Cuarto mundo?	Sí: 2 Sí: 0 Sí: 8 Sí: 19	No: 18 No: 20 No: 12 No: 1			
5. <i>¿En tu ejercicio profesional (guardias o rotatorios) al asumir la atención a los pacientes o enfrentarte al enfoque diagnóstico y terapéutico, tienes en consideración que los motivos de consulta, enfermedades o comportamientos relacionados con la salud pueden deberse o estar influidos por determinantes socioeconómicos, medidas de privación o pobreza?</i>	Siempre: 6	Bastante frec: 10	Poca frec: 4	Nunca: 0	
6. <i>¿Qué importancia atribuyes a los determinantes socioeconómicos en la génesis o manifestación de las enfermedades?</i>	Mucha: 8	Bastante: 11	Poca: 1	Ninguna: 0	
7. <i>Ante un paciente con un cuadro clínico:</i>	Adopto enfoque clínico para descartar cuadro orgánico: 1	Adopto enfoque orgánico, incluyendo cuestiones psicoso-cial/económico: 16	Pregunto poco por factores psicoso-cial/económico: 3	No me planteo factores psicoso-cial/económico: 0	
8. <i>¿Entre los pacientes en edad laboral has observado, a la hora de hacer algún ingreso hospitalario, comportamiento de rechazo por temor a faltar al trabajo?</i>	No me he dado cuenta: 1	Mucha frec: 3	Bastante frec: 11	Poca frec: 5	Nunca: 0
9. <i>¿En consultas de urgencias o en rotatorios has observado o conocido abandonos o incumplimientos de tratamientos por no poder pagarlos?</i>	No me lo he planteado: 1	Mucha frec: 3	Bastante frec: 11	Poca frec: 5	Nunca: 0
10. <i>A la hora de hacer una prescripción, tienes en cuenta el precio de los fármacos y preguntas al paciente si lo va a poder adquirir?</i>	No me lo he planteado: 0	Mucha frec: 1	Bastante frec: 11	Poca frec: 8	Nunca: 0

Tabla 1 (continuación)

Pregunta:	Respuestas obtenidas				
11. ¿Has observado en las guardias, pacientes con comportamientos y/o con problemas consecuencia de la pobreza energética?	No me lo había planteado: 0	Mucha frec: 5	Bastante frec: 7	Poca frec: 7	Nunca: 0
12. ¿Preguntas a los pacientes por hábitos tóxicos o cambios en los mismos por situación de vulnerabilidad social?	No me he dado cuenta: 12	Mucha frec: 0	Bastante frec: 6	Poca frec: 2	Nunca: 0
13. En la atención o manejo de personas vulnerables (ancianos, discapacitados, niños), ¿observas limitaciones o problemas de acceso a recursos sociales?	Mucha frec: 4	Bastante frec: 9	Poca frec: 9	Nunca: 0	
14. ¿Detectas problemas de salud por malestar emocional relacionado con determinantes socioeconómicos en los pacientes?	No me he dado cuenta: 3	Mucha frec: 6	Bastante frec: 10	Poca frec: 1	Nunca: 0
15. ¿Detectas problemas nutricionales o cambios en la forma de comer? ¿Cambios de peso?	No me he dado cuenta: 0	Mucha frec: 4	Bastante frec: 15	Poca frec: 1	Nunca: 0
16. ¿Preguntas alguna vez por la situación laboral o económica, o si llegan a fin de mes?	No me he dado cuenta: 2	Mucha frec: 1	Bastante frec: 10	Poca frec: 7	Nunca: 0
17. ¿Crees que se debería registrar la pobreza, el desempleo o las situaciones de ambiente de riesgo de exclusión social, en la historia clínica?	Indiferente: 0	Totalmente acuerdo: 13	Bastante acuerdo: 5	Bastante desacuerdo: 2	Total desacuerdo: 0
18. ¿Identificas a la población más vulnerable, con mayor riesgo de enfermar?		Sí: 16	No: 4		
¿Cuánto?	Muy poco:	Poco:	Bastante:	Mucho:	Muchísimo:
< 25 años	3	3	5	1	1
Entre 26-50 años	1	3	5	4	0
Entre 50-65 años	0	0	8	3	0
Entre los mayores de 65 años	0	1	0	5	7
19. ¿Conoces los recursos sociales y comunitarios disponibles? ¿Los usas? Sí: 7; No: 2	Mucho: 0	Bastante: 2	Poco: 17	Nada: 1	
20. ¿Conoces técnicas de manejo no farmacológico del malestar emocional? ¿Las usas? Sí: 13; No: 2	Mucho: 1	Bastante: 4	Poco: 14	Nada: 1	
21. ¿Conoces la prescripción social? ¿La usas? Sí: 1; No: 5	Mucho: 0	Bastante: 1	Poco: 5	Nada: 14	

Realizada por 14 mujeres y 6 varones. Mediana y moda de edad: 29 años.
frec: frecuencia.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Gary Bloch MD CCFP, Family&Community Medicine University of Toronto, Ontario College of Family Physician. Poverty: A clinical tool for Primary Care in Ontario. [Internet] 2013 [consultado 12 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ocfp.on.ca/cme/povertytool>
2. Segura Benedicto A. Informe SESPAS: recortes, austeridad y salud. *Gac Sanit.* 2014;28:7-11.
3. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. *Cómo la desigualdad social daña nuestra salud.* 1.^a ed. España: Viejo Topo; 2005.
4. VII Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en la Comunidad Valenciana. Crisis y Derechos Sociales. Análisis y Perspectivas en la Comunidad Valenciana. [Internet] 2014 [consultado 10 Feb 2015]. Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/ccaa/20112014030054_3429.pdf

5. Cofiño Fernández R. Tu código postal puede modificar tu código genético. *AMF.* 2013;9:483-4.

Sandra Robles Pellitero^{a,*}, Gloria Rabanaque Mallén^b, Remei Raga Mari^c y el Grupo de Trabajo de Tercer y Cuarto Mundo de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

^a *Medicina de Familia, Centro de Salud de Sahagún de Campos, Sahagún de Campos, León, España*

^b *Medicina de Familia, Consultorio Auxiliar de Navajas, Navajas, Castellón, España*

^c *Medicina de Familia, Centro de Salud República Argentina, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: srobpel@gmail.com

(S. Robles Pellitero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.001>

Alteraciones en los pies en ancianos frágiles comunitarios con patología cardíaca. Factores de riesgo



Foot disorders in community dwelling frail elderly people with heart disease and risk factors

Sr. Editor:

El ámbito de atención primaria es clave para la detección de enfermedad podal en el anciano. A medida que avanza la edad, el anciano posee una pérdida de la funcionalidad. En el caso de los ancianos frágiles, cursa con disminución de la masa muscular y aumento de la morbimortalidad, relacionada principalmente con enfermedades cardiovasculares^{1,2}, que impide el correcto cuidado de los pies, existiendo además relación entre la enfermedad podológica, velocidad de la marcha y la calidad de vida percibida³. Para ello se diseñó un estudio transversal de prevalencia, con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de riesgo de enfermedades podológicas en la población anciana frágil.

La muestra estuvo constituida por 64 sujetos residentes en la comunidad, de 70 años o más, con 3 o más sobre 5 de los criterios de fragilidad según Fried, y deambulación independiente (con posibilidad de ayudas técnicas), con residencia habitual en el Departamento de Salud de la Ribera. Individuos hospitalizados previamente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Ribera con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca. El reclutamiento tuvo lugar desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2015. Se solicitó permiso al Comité de Ética del Hospital Universitario de la Ribera, todos los participantes firmaron consentimiento informado y el presente estudio siguió los principios éticos para las investigaciones citados en la

declaración de Helsinki. Se realizó una valoración geriátrica integral, donde se recogieron variables funcionales, cognitivas, antropométricas y afección podal.

Existió predominio masculino (56,2% varones), con una edad media de 82,7 ± 5,7 años. Los ancianos presentaron independencia funcional con puntuaciones del índice de Barthel 80,8 ± 13,8; Lawton 4,4 ± 2,2; Physical Performance Test 12,5 ± 7,1; Edmonton Frailty Scale 9,4 ± 3,1; Tinetti 16,6 ± 6, sub-escala de marcha 6,7 ± 2,7 y equilibrio 9,2 ± 3,7; 6 Minute Walking Test (6MWT), se obtuvo una media de 195,9 ± 106,4. Las alteraciones más prevalentes fueron las uñas largas (53,1%), artrosis (46,9%), hiperqueratosis (43,8%) y deshidratación (43,8%). La paquioniquia tuvo una prevalencia del 37,5% y la onicomiosis del 28,1%. Existieron cifras de menor prevalencia en dedos garra/martillo (25%), helomas (15,6%) y onicogriposis (12,5%).

Los ancianos presentaron, en su mayoría, una correcta higiene de pies (65,6%), considerando como tal una hidratación adecuada de la piel y presencia de uñas cortas sin onicogriposis ni paquioniquia. El calzado incorrecto se observó en un mayor porcentaje de sujetos (84,4%), considerando un zapato correcto y adecuado aquel con talón cubierto y suelas antideslizantes. En cuanto a las anomalías podológicas, el 75% de la población presentó 2 o más anomalías.

Los varones presentaron mayor riesgo a uñas largas, deshidratación y onicomiosis. Las mujeres presentaron mayor riesgo de hiperqueratosis, dedos en garra y/o martillo. Se halló relación entre el número de anomalías y la prescripción de anticoagulantes/antiagregantes, fragilidad, sarcopenia y polifarmacia (tabla 1).

La presencia de fragilidad y sarcopenia se relacionó con la presencia de anomalías en los pies de los ancianos. Sin embargo, la pérdida de fuerza y la presencia de 4 o 5 criterios de fragilidad dificultan el cuidado personal. Esto implica una vulnerabilidad ante el cuidado de los pies, lo que podría conllevar la aparición de mayor número de síndromes