

Luxación escapulohumeral anterior bilateral tras crisis convulsiva

Introducción. Aunque la luxación escapulohumeral anterior es un cuadro frecuente en los servicios de urgencias, su presentación bilateral constituye un hecho infrecuente¹. Suele asociarse a traumatismos de gran intensidad², deportistas que trabajan con grandes pesos³, contracturas musculares extremas, como las producidas en crisis convulsivas de diversos orígenes como cuadros de hipoglucemia⁴, epilepsia⁵, síncope, descargas eléctricas⁶ o terapia de electroshock, pacientes con enfermedades neuromusculares⁷ y alteraciones psiquiátricas⁸. Las luxaciones bilaterales debidas a contracciones musculares violentas con más frecuencia suelen ser de localización posterior y acostumbra asociarse a fractura ósea¹.

Caso clínico. Presentamos un caso de luxación bilateral de localización anterior tras una crisis convulsiva tónico-clónica. Se trata de un varón de 29 años, con epilepsia conocida, que tras varios años de tratamiento con fenobarbital, y por indicación de su neurólogo, cesa el tratamiento. Entre sus antecedentes sólo destaca la historia de una luxación traumática del hombro derecho.

Aproximadamente un mes después de la interrupción del tratamiento, su familia demanda atención domiciliaria tras haber sufrido el paciente una convulsión.

A nuestra llegada el paciente está ligeramente poscrítico, consciente y algo desorientado, y se queja de dolores generalizados, los cuales son más intensos en ambos hombros.

Refieren que al presentar las convulsiones el paciente cayó al suelo, dándose un gran golpe. En la exploración física se observan dolor e impotencia funcional, hombro «en charretera» y escápula plana, cabeza humeral palpable en hueco deltopectoral, signo del hachazo (región subacromial vacía) y brazo fijo en ligera abducción y en rotación interna.

No se observa compromiso sensitivo (pérdida parcial o total de la sensibilidad cutánea a lo largo de la cara posteroexterna de la región deltoidea y mitad superior del brazo), el compromiso motor no es valorable debido al dolor y no se advierte compromiso vascular.



Figura 1.

No queda claro si el mecanismo que ha producido la luxación es la contracción muscular intensa debida a la convulsión o la posterior caída al suelo.

Se intenta reducir con la maniobra de Kocher pero, dada la gran contractura muscular presente, no se consigue, por lo que se le traslada a su hospital de referencia, con el diagnóstico de luxación anterior de ambos hombros.

En el servicio de urgencias hospitalario la radiografía simple (fig. 1) objetiva la citada luxación sin apreciarse lesión ósea añadida. Se hace una proyección, no habitual, que abarca ambos hombros para apreciar mejor la bilateralidad de la lesión.

Se vuelve a intentar la reducción con la maniobra de Kocher, siendo esta vez efectiva, sin ser precisa la utilización de sedo-relajación farmacológica.

Se coloca un vendaje de Velpeau bilateral y se le cita para revisión por su traumatólogo en tres semanas.

Conclusiones. Aunque sea infrecuente, esporádicamente se presentan casos de luxaciones uni o bilaterales, solas o asociadas a fracturas tras cuadros convulsivos. Por ello sería importante tener en cuenta esa posible complicación en la valoración inicial de este tipo de pacientes, para descartar su presencia, ya que a veces puede pasar inadvertida⁸, y lo que puede ser una complicación más o menos leve puede transformarse en algo más complicado, simplemente por el paso del tiempo.

A. Echarri Sucunza^a,
E. Santesteban Echauri^b, J. Irigoyen^c
y J. Aldaz Berrueto^d

^aMédico SAMU. Navarra. ^bDUE SAMU. Navarra. ^cATA SAMU. Navarra. ^dMédico del Hospital de Navarra.

1. Marty B, Simmen HP, Kach K, Trentz O. Bilateral anterior dislocation fracture after an epileptic seizure. A case report. *Unfallchirurg* 1994;97:382-4.
2. Mathis RD. Bilateral shoulder dislocation: an unusual occurrence. *J Emerg Med* 1990;8:41-3.
3. Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual cause. *Br J Sports Med* 1998;32:71-2.
4. Litchfield JC, Subhedar VY, Beevers DG, Patel HT. Bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycaemia. *Postgrad Med J* 1988;64:450-2.
5. Ribbans WJ. Bilateral anterior dislocation of the shoulder following a grand-mal convulsion. *Br J Clin Pract* 1989;43:181-2.
6. Gali F, Molina A, Felipe D, Andolz M. Bilateral luxation of the shoulder and epiphyseal detachment caused by an electrical discharge. *Med Clin* 1986;87:820.
7. Gazdzik T. A case of recurrent bilateral shoulder dislocation in a patient with Feltz's syndrome. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 1996;61:531-3.
8. Costigan PS, Binns MS, Wallace WA. Undiagnosed bilateral anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 1990;21:409.

El redondeo de las cifras tensionales: magnitud del problema

La hipertensión arterial (HTA) es una de las patologías crónicas y factores de riesgo más prevalentes en atención primaria¹. Las visitas de control con medición periódica de la presión arterial (PA) suponen una buena parte de la actividad asistencial programada en los centros de salud², siendo los valores concretos de las cifras tensionales las que determinan decisiones importantes a la hora de clasificar (buen o mal control) y tratar (cambio o no de escalón terapéutico) a estos pacientes³.

Sin embargo, a pesar de ser sobradamente conocida y difundida la importancia de una precisa y cuidadosa medición de la PA⁴, la práctica clínica habitual nos conduce a pensar que esta necesaria rigurosidad en la medición no siempre se cumple.

Objetivo. Analizar la precisión con que se realizan las determinaciones de la PA en las consultas de atención primaria.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento. Once áreas básicas de salud (ABS) correspondientes a la Direc-

TABLA 1. Precisión y exactitud en las determinaciones y registros de la presión arterial (PA) en atención primaria de salud

Registro de la PA	Cifra PA sistólica (n = 422) (%)	Cifra PA diastólica (n = 420) (%)	Total cifras PA (n = 842) (%)
Terminación par (2, 4, 6, 8)	5,1	8,6	6,8
Redondeo al 5 (terminación en 5)	12,5	19,4	15,9
Redondeo al cero (terminación en 0)	82,4	72,0	77,3

ción de Atención Primaria de Tarragona-Valls.

Participantes. Estudiamos una muestra aleatoria representativa de 440 pacientes diagnosticados de HTA.

Mediciones principales. En todos los casos se tomó como referencia la última cifra de PA registrada en la historia clínica. Teniendo en cuenta que la lectura visual de la PA con manómetro de mercurio permite una precisión (óptima y recomendable) de 2 mmHg, clasificamos las cifras de PA según su terminación par, redondeada al cero y redondeada al 5. El análisis estadístico se realizó mediante comparación de proporciones (prueba de conformidad) considerando diferencias significativas (DS) si $p < 0,05$.

Resultados. Globalmente, el 77,3% de todas las cifras tensionales habían sido redondeadas en cero y el 15,9% en 5, existiendo una amplia y significativa diferencia ($p < 0,0001$) respecto a las proporciones teóricas esperadas (tabla 1).

Discusión y conclusiones. A la vista de los resultados debemos destacar la gran imprecisión con que se registran las cifras tensionales (93,2% terminadas en cero o en 5). Estos resultados ponen de manifiesto un bajísimo nivel de calidad de la atención primaria de salud en este tema, que debería ser sustancialmente mejorado, ya que en la actualidad comporta problemas en relación con múltiples aspectos clinicoepidemiológicos como, por ejemplo, la exactitud del diagnóstico y la clasificación de la PA, la

medida de la efectividad del tratamiento y la valoración del grado de control.

A. Vila Córcoles^a, C. Rodríguez
Pago^b y X. Bria Ferré^c

Médicos de familia.

^aDirección de Atención Primaria (DAP)
Tarragona-Valls.

^bCentro de Salud Alcover.

^cÁrea Básica de Salud La Granja-Torreforta.
Tarragona.

1. De la Figuera von Wichmann M, Dalfó Baqué A. Hipertensión arterial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace, 1999; p. 658-89.
2. Moreno FL, García Fernández PJ. Presión arterial alta. En: semFYC. Guía de actuación en atención primaria. 1.ª ed. Barcelona: semFYC, 1998; p. 3-11.
3. Grupo de trabajo en Hipertensión Arterial de la ScmfC. Hipertensión arterial para la atención primaria. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1999.
4. Mulrow C, Hoffman RM, Greene II HL, Kapsner C. Hypertension. En: John Noble, editor. Textbook of primary care medicine. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 2001; p. 505-25.

Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria: la clave está en la «deshospitalización»

Sr. Director: Hemos leído con interés las reflexiones de Miguel García¹ y nos gustaría intentar aclarar algunos malentendidos sobre nuestro editorial previo².

Por supuesto que nuestras propuestas pueden ser desacertadas (es éste el sentido de «desliz» que aceptamos), pero no de la forma que parece entender Miguel García, seguramente por la brevedad que exige el formato de editorial, pues nuestra propuesta era justamente de deshospitalización en la formación del especialista en medicina de familia y comunitaria (MFyC), en el sentido de lograr un programa y una práctica de aprendizaje en el hospital basada en las especificidades propias de la medicina de familia («con el chip de la medicina de familia» en el hospital), con la desaparición de las rotaciones temporales actuales por los servicios hospitalarios y, en vez de ello, con una única rotación por un servicio funcional de medicina de familia en el hospital que toma pacientes de otros servicios, para planificar estratégicamente una formación significativa y oportunística del residente desde la visión de la MFyC, pero contando con el médico hospitalario y aportando a éste valor añadido, para hacer factible la propuesta de reforma, que se nos antoja tan progresista que podría tropezar con barreras desde el hospital, ámbito educativo médico que se plantea seguir utilizando en la formación y que podría continuar siendo útil al aprendizaje, pero como territorio físico y mental subsidiario de la atención primaria (AP).

Quizá pueda ayudar a hacerse una idea de nuestras posturas generales sobre el hospital y la AP, y en consecuencia sus papeles en el aprendizaje específico de la MFyC, para así llegar a aclarar lo que Miguel García llama «deslices», leer un artículo nuestro muy reciente³.

Por último, nos atrevemos a reproducir el siguiente texto nada menos que de ¡1786!, de Dupont de Nemours, que asumimos en 2002, y que tal vez pueda también aclarar nuestra visión: «El lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, la familia. El médico de hospital no ve sino enfermedades torcidas, alteradas, toda una

teratología de lo patológico; el que atiende a domicilio adquiere en poco tiempo una verdadera experiencia fundada en los fenómenos naturales de todas las especies de enfermedades. La vocación de esta medicina a domicilio es necesariamente respetuosa: observar a los enfermos, ayudar a la naturaleza sin hacerle violencia y esperar confesando modestamente que faltan aún muchos conocimientos. El puesto del hospital está para atender enfermedades difíciles, complejas, «extraordinarias», a las cuales no puede hacer frente la medicina en su forma cotidiana»⁴.

**B. Pérez Franco^a
y J.L. Turabián Fernández^b**

Especialistas de MFyC y Directores del
Curso a distancia de Tutorización de
semFYC.

^aCentro de Salud La Estación. Talavera de la
Reina (Toledo).

^bCentro de Salud Polígono Industrial.
Toledo.

1. Miguel García F. Deslices y regresiones en la reflexión sobre la formación MIR. *Aten Primaria* 2002;29:124.
2. Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 2001;28:217-8.
3. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2001;28:657-61.
4. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI, 1991; p. 36-7.

Pertinencia y eficiencia de un equipo de soporte de atención domiciliaria

Sr. Director: He leído con interés el artículo publicado en su Revista «Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD)», de Requena López et al¹, sobre todo por la oportunidad que me brinda de aportar algunas reflexiones sobre un tema que parece emerger como la punta de un iceberg. No dudo del interés, profesionalidad y buena intención de los autores al exponer sus datos de demanda (157 pacientes a lo largo de un año), justificando la existencia de este tipo de equipos de soporte, entre

otras cosas, por «una política de redistribución de recursos» y por la «excesiva presión asistencial y burocratización creciente de los equipos de atención primaria que no permiten alcanzar una excelencia deseable».

La existencia de equipos como el ESAD ha suscitado polémica desde su origen, principalmente por el riesgo que comporta de profundizar en la parcelación y fragmentación de la atención sanitaria, algo que suena tan mal a los médicos de familia, *convictos y confesos* en conceptos como atención integral, continuada, accesible, comunitaria, participativa, etc. La creación de unidades hospitalarias dirigidas a patologías como la hipertensión, la osteoporosis, la menopausia, etc., se sitúa en este incrementado riesgo de fragmentación, pérdida de continuidad e, incluso, compromiso de la equidad (accesibilidad). La novedad introducida por los ESAD es que se trata de «unidades subespecializadas» desde dentro de la atención primaria de salud (APS), lo cual podría presentarla como más cercana y, sin embargo, la hace más contradictoria con esas dimensiones que han dado contenido a la APS y al perfil profesional del médico de familia.

Este conflicto de origen es ventilado en la introducción del artículo con argumentos referidos al aumento de necesidades (envejecimiento de la población), cambio en el rol de la mujer (cuidadora tradicional) y voluntad desde la sanidad pública de potenciar la atención sanitaria en estos grupos de riesgo. Se da una vuelta de tuerca al sostener que las condiciones actuales exigen un nivel de «excelencia» que es impedida por la presión asistencial y la burocratización creciente de la actividad clínica.

Aun a sabiendas de que este artículo es un original cuya finalidad no es justificar la existencia o necesidad de los ESAD, me parece que lo argumentado está poco fundamentado y es contradictorio. Sugiere muchas reflexiones, pero por referirme tan sólo a una, no podemos ofrecer «excelencia» hurtándosela a los equipos de atención primaria, que también la pretenden y con más razón (son los responsables de ofertar ese y otros servicios). Porque si no fuera así, cuánto tiempo tendríamos que esperar a que se crearan equipos de soporte para «el paciente difícil», «el paciente con elevado riesgo cardiovascular», «el paciente con de-

terioro cognitivo», etc., situaciones éstas muy prevalentes y con claro impacto en carga de trabajo en los centros de salud y en la expectativa de vida de los pacientes.

En esta misma línea me sorprende que, para una población diana de 455.810 habitantes, la demanda haya sido de 157 pacientes y las visitas totales realizadas por los dos médicos de familia y enfermeras hayan sido 367 a lo largo del año (la media es fácil: una visita por profesional cada dos días laborables).

¿Han valorado los autores la eficiencia de este equipo?; ¿han considerado los gestores la pertinencia de mantener un equipo que proporciona medicina de «excelencia» a unos pocos, muy pocos, con la justificación de que la mayoría no tenemos tiempo para atender a nuestros pacientes domiciliarios?; ¿dónde está el principio de equidad?

Reivindico, como médico de familia, mi derecho, y asumo mi obligación y responsabilidad de atender a mis pacientes domiciliarios como una parte integral y esencial de mi profesión.

El análisis de una real y creciente sobrecarga asistencial y burocrática debería conducir y conducirnos a exigir unas condiciones de trabajo que nos permitieran asumir lo que es parte indisoluble de nuestro quehacer. ¿Por qué no se distribuyen equitativamente los recursos y se proporciona al médico de familia, cuando sea preciso, de ese recurso «tiempo» para atender con «excelencia» a sus pacientes domiciliarios, sin crear este tipo de unidades especializadas que, por lo que demuestra el artículo, son tan poco rentables? (Quepa aquí el beneficio de la duda de que se trataba de la experiencia durante el primer año.) ¿No tiene nada que decir el colectivo de enfermería,

que tanto predica su papel asistencial domiciliario?

M.R. Magallón Botaya

Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

1. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Molina Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 2001; 28:652-6.

Respuesta de los autores

Sr. Director: En respuesta a los comentarios suscitados a raíz de la publicación del trabajo queremos decir que, como bien se indica, nuestra intención no ha sido una defensa ni una justificación de la existencia de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), sino más bien informar del devenir en el plazo de un año de la puesta en marcha en nuestra área de salud de un proyecto que ya funciona y ha sido evaluado en otras comunidades autónomas, sin pretender ser maleficientes, ni como punta de iceberg ni como parón en el desarrollo de la atención primaria de salud. Los ESAD se han definido como elementos de apoyo, asesoría, coordinación y formación para los profesionales no sólo de los equipos de atención primaria, sino también de la atención especializada y otros servicios sociales, sin dejar de lado a la familia como elemento cuidador principal y menos aún al paciente como principal «protagonista» de esta historia.

Como comentábamos en el trabajo, tiene sus relativas limitaciones en cuanto al número de pacientes y al tiempo de recogida de casos, ya que uno de los objetivos principales fue la presentación de un nuevo equipo integrado en el desarrollo de la atención y cuidado de estos pacientes. Sí reflejamos que los profesionales de atención primaria continúan en casi la mitad de los casos con el control del paciente y de manera conjunta con el ESAD en más de un tercio de ellos, tras la solicitud de una valoración.

En sanidad, al igual que en educación, la eficacia no sólo es volumen; es cómo se invierte, se dinamiza y favorece la cohesión sanitaria. Actuar de subsidiario en política sanitaria no aumenta los impuestos, sino la cantidad de consultas a otros compañeros. La responsabilidad individual («mis pacientes me los llevo yo...») frente a la de los demás no debe suscitar disputas (la guerra de intereses surge de la mente de los hombres). Trabajemos por otro cauce para evitar esos enfrentamientos y seamos creativos como imperativo ético en situaciones complejas y complicadas.

Acabamos de recibir nuestra cota de responsabilidad en el Servicio Aragonés de Salud (SAS). Vamos a intentar asumir la crítica y la autocrítica como fuente de conocimiento, para que todos quepamos en la atención de los receptores de nuestro quehacer cotidiano: el tuyo, el nuestro, el de las enfermeras, etc., haciéndoles llegar no sólo el saber adquirido, sino el recurso emocional, la calidez y la empatía.

**A. Requena, R. Moreno, P. Torrubia,
R. Rodeles y P. Mainar**
ESAD áreas 2 y 5. Zaragoza.