

Episodio convulsivo secundario a bupropión en paciente no incluido en grupo de riesgo

Introducción. El tratamiento del tabaquismo es de relevancia debido al hecho de ser un acusado factor de riesgo en múltiples enfermedades que consumen numerosos recursos sanitarios. Disponemos de diversas terapias, farmacológicas y no farmacológicas. Entre las primeras se ha comercializado con esta indicación un antiguo producto no nicotínico, el bupropión¹. El posible riesgo de presentar crisis convulsivas ya viene descrito en la monografía del producto, que lo considera el principal efecto indeseable². En la citada monografía se reseñaban los factores que facilitarían la predisposición a experimentar ataques epilépticos. Por haber tenido la ocasión de atender a un paciente que no estaba incluido en los grupos de riesgo indicados, consideramos interesante su publicación.

Caso clínico. Se trata de un varón de 34 años que, mientras se encontraba tomando un baño en su domicilio, presentó un episodio de instauración brusca caracterizado por una pérdida de conciencia asociado a convulsiones generalizadas de miembros, motivo por el que sufrió quemaduras de segundo grado en las piernas. En marzo de 1992 fue intervenido de un absceso cerebral de localización frontal izquierda. Se recuperó de dicha lesión sin secuelas. Previamente nunca había presentado crisis convulsivas. No consumía de forma habitual medicamentos ni drogas de ningún tipo. Por indicación de un médico, 9 días antes de su ingreso inicia tratamiento con bupropión para dejar de fumar, con la pauta ascendente indicada por el laboratorio; los primeros 7 días tomó un comprimido al día y los dos últimos 2 comprimidos.

La exploración neurológica, el hemograma, la bioquímica y el ECG fueron normales. La TAC craneal puso de manifiesto la existencia de un área porencefálica frontal izquierda secuelar.

Ocho meses después del episodio, no ha vuelto a repetirse.

Palabras clave: Tabaco. Bupropión. Convulsiones.

Comentario. El bupropión es un fármaco de propiedades antidepresivas que actúa farmacológicamente produciendo una inhibición selectiva de la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina³. Se sabía que el principal riesgo de su utilización es la presentación de crisis convulsivas (1/1.000). El fármaco disminuiría el umbral convulsivo. Por este motivo deben tenerse en cuenta las situaciones que pueden actuar a este nivel, caso de las insuficiencias renal o hepática, el abuso de alcohol o estar en período de deshabituación, el uso de ciertos fármacos (antimaláricos, tramadol, quinolonas, antihistamínicos, IMAO) o su supresión (benzodiacepinas). Otros aspectos indicados en la aparición de convulsiones, reconocidos como importantes por los laboratorios que lo comercializan y han llevado a una reforma en la ficha técnica, son la dosis empleada y el ritmo de su incremento, la existencia de un traumatismo craneal de cualquier tipo y presentar un tumor del sistema nervioso central. En cuanto a la dosis, no deben superarse 300 mg. El incremento de la dosis, de 150 mg a 300 mg, debe hacerse en 6 días; anteriormente eran 3 días. Nuestro paciente no se encontraba incluido en ninguno de los epígrafes anteriores e incluso el incremento de la dosis se hizo a un ritmo inferior a lo prescrito.

De este caso podría inferirse que, cuando se hable de factores predisponentes a experimentar crisis convulsivas, quizás el apartado de tumores del sistema nervioso central⁴ deba ampliarse a lesiones ocupantes de espacio intracerebrales, incluso pretéritas.

M. Gamarra^a y JL. Parajau^b

^aMIR-3. Medicina Familiar y Comunitaria.

^bNeurólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna.
Hospital Can Misses. Ibiza. España.

1. Holm KJ, Spenser CM. Bupropion. Drugs 2000;59:1007-26.
2. Zyntabac. Monografía del producto. Laboratorios Glaxo Wellcome.
3. Lacy C, Up to date. Bupropion: drug information. Copyright (1978 to present). Aug. 8, 2000.
4. Bupropión y riesgo de convulsiones. Nota informativa de la Agencia Española del Medicamento. Ref: 2001/04 – 30 de mayo de 2001.

¿Realizamos adecuadamente la detección precoz del cáncer de cérvix uterino desde atención primaria?

El cáncer de cérvix uterino es el tumor más frecuente entre las mujeres de los países en desarrollo y el segundo más frecuente en la población mundial. La mortalidad por este tipo de cáncer es de 2,8 por 100.000 mujeres (1996), lo que representa un 1,7% de los fallecimientos por tumores malignos y el 0,3% de todas las muertes en mujeres¹. La citología exfoliativa (prueba de Papanicolaou) se ha demostrado eficaz en la preventión secundaria de este tipo de cáncer, implantándose programas de cribado poblacional con el fin de detectar lesiones precursoras y de este modo lograr una reducción en la incidencia de lesiones invasivas². La efectividad y eficiencia de estos programas de detección precoz están relacionadas con la incidencia del tumor, la historia natural de la enfermedad, la validez de la citología y las dificultades en la captación de los grupos de más riesgo y por tanto de mayor incidencia³.

Objetivo. Evaluar los resultados del programa de detección precoz del cáncer de cérvix uterino, realizado mediante la técnica de la triple toma, utilizando bastoncillo para la recogida de la muestra endocervical, tras 3 años desde su puesta en funcionamiento (enero de 1999 a diciembre de 2001).

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de Salud de Villanueva de los Infantes (Ciudad Real).

Participantes. Se incluyó la totalidad de los informes de las citologías realizadas durante el período de estudio.

Mediciones principales. Se recogieron para cada caso las siguientes variables: edad, diagnóstico microbiológico y morfológico y número de días transcurridos desde la recepción de la muestra en el servicio de anatomía patológica de referencia y la emisión del correspondiente informe citológico.

Palabras clave: Cáncer de cérvix. Detección precoz. Atención primaria.

| Diagnóstico morfológico | N | % |
|--------------------------------------|-----|-------|
| Vaginitis | 2 | 0,45 |
| Cervicovaginitis | 35 | 7,95 |
| Cervicitis atrófica | 22 | 5,00 |
| Metaplasia escamosa | 22 | 5,00 |
| Presencia de células endometriales | 2 | 0,45 |
| Ausencia de células endocervicales | 92 | 20,90 |
| Sin evidencia de signos de displasia | 440 | 100 |

Resultados. Se han revisado 440 informes de citologías cervicovaginales. La edad media de las mujeres a las que se les realizó la prueba fue de 46,3 años (25-75). Por grupos de edad, el más numeroso fue el de 35-44 años ($n = 142$; 32,3%). Se alcanzó una cobertura del 16,92% en el grupo de edad de 25-65 años (para una población, al final del período de estudio, de 2.446 mujeres de 25-65 años). Un 16,6% de los casos presentaba signos de infección ($n = 73$), y las más frecuentes fueron las infecciones inespecíficas de tipo mixto ($n = 29$; 39,7%). De las infecciones específicas, las más frecuentes fueron aquellas por hongos tipo *Candida* ($n = 22$; 30,1%). Presentaba alteraciones morfológicas benignas un 18,4% de las muestras ($n = 81$), y las alteraciones más frecuentes fueron las inflamatorias (72,8%), seguidas de la metaplasia (27,2%). La muestra fue inadecuada en un 20,9% de los casos ($n = 92$), informada por el patólogo como «ausencia de células endocervicales» (tabla 1). No se encontró ninguna citología sospechosa de malignidad. Desde la recepción de la muestra en el laboratorio hasta la emisión del informe transcurrió una media de 6,4 días (1-23).

Discusión y conclusiones. Pese a que la citología cervicovaginal continúa siendo la prueba más utilizada y apropiada para el cribado de lesiones precursoras de cáncer de cérvix frente a otras también disponibles (inspección visual, colposcopia, etc.), para que el programa de cribado sea efectivo hay tres requisitos necesarios: en primer lugar, se ha de alcanzar una tasa de cobertura adecuada⁴, que en nuestro caso, a pesar del esfuerzo realizado por todos los profesionales implicados en el programa, no se ha conseguido, aunque este dato debería ser tenido en cuenta con cautela, ya que a muchas mujeres se les realizan citologías en otros servi-

cios distintos del nuestro (consultas de ginecología, consultas privadas...), por lo que para saber realmente cuántas mujeres realizan cribado de cáncer de cuello uterino sería preciso llevar a cabo una encuesta diseñada al efecto; en segundo lugar, es necesario que la técnica empleada sea la más apropiada, coincidiendo con otros estudios publicados en los que para la toma endocervical, y en aras de disminuir el número de muestras informadas como inadecuadas, es preferible el uso del cepillo endocervical en lugar del bastoncillo⁵, y en tercer lugar es preciso que no exista una excesiva demora en el servicio de anatomía patológica de referencia en la emisión del correspondiente informe, para no generar demoras diagnósticas innecesarias, ni crear situaciones de ansiedad en las mujeres, derivadas de la situación de incertidumbre ante el resultado. En nuestro caso parece razonable una demora menor de 7 días. Dada la relativa buena aceptabilidad de la prueba de Papanicolaou y su bajo coste, parece razonable potenciar su realización desde atención primaria, pese a la baja prevalencia del cáncer de cérvix en nuestro medio, haciendo un esfuerzo adicional desde el punto de vista técnico y de cobertura⁶.

Agradecimientos

Agradecemos a Isabel Ureña Ramírez y a Ana Roldán González (enfermeras del EAP de Villanueva de los Infantes, Ciudad Real) su inestimable ayuda en la realización de este estudio.

N. Suárez Castro^a, M.M. Martínez Lao^a, G. Muñoz Cabañero^a y D.G. de Diego Sierra

^aMédico. EAP Villanueva de los Infantes (Ciudad Real). España. ^bMédico de Familia. EAP Villahermosa (Ciudad Real). España.

- Bellas Beceiro B, Cierco Peguera P, González Enríquez J, Martín Blanco N, Melús Palazón E, Alonso Gordo JM, et al. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2001;28(Supl 2):54-5.
- Buitrago F, Vergeles-Blanca JM, Gaspar Cardeñosa G. Cáncer de cuello uterino. FMC 1997;4:292-300.
- González Rubio Y, Castaño Pinto MS. Cribado del cáncer de cérvix: ¿la misma frecuencia para mujeres inmigrantes latinoamericanas?. MEDIFAM 2001;11: 546-52.
- Borràs JM, Iglesias X. Cribado del cáncer de cuello de útero. Med Clin (Barc) 1994;102(Supl 1):80-4.
- Redondo Horcajo AM, Guerra Merino A, Pinedo Garrido G, García Aranda R. Prevención del cáncer de cérvix. Comparación de la calidad de la muestra según utilicemos bastoncillo o cepillo cervical. Aten Primaria 2000;26:38-41.
- Bailón Muñoz E, Delgado Sánchez A, Arribas Mir L, Melquizo Jiménez M. La atención a las mujeres en atención primaria. Aten Primaria 1996;17:483-5.

¿Puede ser de interés en atención primaria la satisfacción con el propio peso?

Objetivo. Valorar la satisfacción ponderal, definida como la conformidad con el propio peso¹⁻³ y relacionar con dicha variable medidas antropométricas, en relación con la edad y con factores de riesgo cardiovascular.

Diseño. Estudio transversal, aleatorizado.

Participantes. Muestreo consecutivo de 240 usuarios de 3 consultas diferentes de un centro de salud⁴ de ámbito urbano.

Intervenciones. Encuesta de satisfacción ponderal, evaluación de medidas antropométricas, esfingomanometría y analítica. Se han analizado las diferencias entre variables, tras comprobación de la distribución normal, por la prueba de la t de Student o por análisis de la varianza, mediante el programa informático SPSS-PC. Además se ha estudiado la correlación entre variables mediante el estadístico de Pearson.

Palabras clave: Obesidad. Índice de masa corporal. Percepción del peso. Cambios de la masa corporal.

TABLA 1. Relación entre satisfacción con el propio peso, parámetros antropométricos y parámetros de riesgo cardiovascular

| Satisfacción peso (n) | Varón | | Mujer | | Total | |
|--------------------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | No (37) | Sí (50) | No (74) | Sí (79) | No (111) | Sí (129) |
| Porcentaje sobre el total | 42,52% | 57,47% | 48,36% | 51,63% | 46,3% | 53,8% |
| Peso real-medio (kg) | 8,99 ± 12,97 | 6,68 ± 11,51 | 14,63 ± 14,27* | 3,41 ± 11,74 | 12,75 ± 14,05 | 4,68 ± 11,72 |
| Ganancia ponderal deseada (kg) | -4,16 ± 7,79* | -1,34 ± 3,49 | -9,02 ± 9,62* | -1,49 ± 4,34 | -7,40 ± 9,30* | -4,19 ± 7,57 |
| IMC (kg/m ²) | 27,49 ± 4,40 | 26,17 ± 4,11 | 29,94 ± 6,33* | 24,83 ± 4,48 | 29,13 ± 5,86* | 27,1 ± 5,4 |
| Razón cintura/cadera | 0,96 ± 0,10 | 0,92 ± 0,10 | 0,90 ± 0,17* | 0,86 ± 0,16 | 0,92 ± 0,15* | 0,90 ± 0,15 |
| Cigarrillos (n) | 9,27 ± 14,41 | 7,58 ± 11,67 | 5,39 ± 8,74* | 2,79 ± 6,75 | 6,68 ± 11,05 | 4,64 ± 10,14 |
| TAS (mmHg) | 131,05 ± 16,21 | 130,91 ± 18,40 | 133,22 ± 21,19 | 127,67 ± 20,41 | 132,62 ± 19,57 | 128,89 ± 19,67 |
| TAD (mmHg) | 82,05 ± 10,83 | 80,52 ± 12,25 | 83,34 ± 11,61* | 79,35 ± 11,99 | 82,91 ± 11,33* | 79,79 ± 12,05 |
| Colesterol (mg/dl) | 230 ± 28,21* | 207 ± 39,86 | 210,47 ± 41,58 | 218,48 ± 36,95 | 216,07 ± 38,67 | 215,01 ± 37,84 |
| Colesterol-LDL (mg/dl) | 165,8 ± 17,02* | 134,46 ± 15,3 | 150,19 ± 28,77 | 136,22 ± 40,19 | 154,60 ± 25,48 | 135,81 ± 35,37 |
| Glucemia (mg/dl) | 105,23 ± 24,04 | 100,07 ± 21,44 | 103,31 ± 35,66 | 96,87 ± 35,03 | 103,87 ± 32,49 | 97,71 ± 31,84 |
| Trigliceridemia (mg/dl) | 135,87 ± 47,66 | 106,36 ± 38,12 | 169,63 ± 251,64 | 128,95 ± 85,58 | 161,12 ± 212,33 | 121,18 ± 72,89 |

* Diferencias significativas según satisfacción con el propio peso ($p < 0,05$). Peso real-medio: diferencia entre peso real y peso medio. IMC: índice de masa corporal; cigarrillos: número de cigarrillos consumidos diariamente; TAS: tensión arterial sistólica, y TAD: tensión arterial diastólica.

Resultados. La proporción de pacientes masculinos satisfechos con su propio peso fue superior a la de las participantes femeninas (57,47% frente al 51,63%). Globalmente, los pacientes no satisfechos presentaban mayores deseos de pérdida ponderal, índice cintura/cadera e IMC (tabla 1). En el análisis según la edad se observó que en mujeres < 50 años la satisfacción con el peso se asociaba a menor consumo tabáquico, menor tensión arterial sistólica y diastólica, IMC, diferencias entre el peso real y estimado y pérdida ponderal deseada ($p < 0,002$ en todos los casos, datos no mostrados). A partir de los 50 años, la satisfacción con el peso sólo se asociaba a diferencias en las tres últimas variables ($p < 0,01$). También las mujeres insatisfechas de cualquier edad presentaban mayor riesgo cardiovascular. En los varones, la satisfacción sólo se relacionaba con las cifras de colesterol ($p < 0,01$), y no había diferencias entre edades. **Discusión.** Se constató que sólo la mitad de la población (53,8%) describía su peso como adecuado, expresando su satisfacción con él, datos similares a los de otros países⁵. Por otro lado se destacó la elevada media de kg (4,26 ± 7,63) que la población deseaba perder, aunque dicha media era superior en otros medios⁶. El deseo de pérdida ponderal era mayor en la población femenina, seguramente debido a una mayor preocupación por su peso. Cabe destacar que los pacientes insatisfechos

presentaban mayor riesgo cardiovascular. Se observó también que el sexo determina la concienciación sobre el propio peso y las consecuencias relacionadas con un exceso de éste. En conclusión, la satisfacción con el propio peso puede ser considerada como una variable de interés en atención primaria para las medidas destinadas a una mejor educación sanitaria de la población.

M.A. Lafarga Giribets, M. Monfort Cabané, F. Batlle Farran y R. Sánchez Pellicer

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Balañia-Pardinyes-Secà. Àrea Básica de Lleida. Institut Català de la Salut. Lleida. España.

Presentado parcialmente en las III Jornadas de Salut de les Terres de Ponent, Lleida, octubre 2000 y premio al mejor póster.

1. Sánchez-Villegas, Madrigal H, Martínez-González MH, Kearney J, Gibne MJ, De Irala J et al. Perception of body image as indicator of weight status in the European Union. Am J Prev Med 2001;20:294-8.
2. Nawaz H, Chan W, Abdalrahman M, Larson D, Katz DL. Self-reported weight and height: implications for obesity research. J Hum Nutr Diet 2001;14:93-102.
3. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Effect of age on validity of self-reported height, weight and body mass index: findings from NHANES III, 1988-1994. J Am Diet Assoc 2001;101:28-34.
4. División JA, Sanchís C, Artigao LM, García Gosálvez F, López Abril J, Naja-

rro F, et al. Prevalencia de obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular en la población general de Albacete. Aten Primaria 1998;21:205-12.

5. Blokstra A, Burns CM, Seidell JC. Perception of weight status and dieting behaviour in Dutch men and women. Int J Obes Metab Disord 1999;23:7-17.
6. Serra Majem LL, Font F, García Closas R, Tresserras R, Plans P, Formiguera X, et al. Cribado del exceso de peso. Med Clin (Barc) 1994;102 (Supl):56-61.

Un análisis inapropiado pone en duda los beneficios de la educación sanitaria en la fibromialgia

Sr. Director: El pasado 15 de junio tuvimos la oportunidad de leer en esta revista un artículo de E. Bosch, N. Sáenz, M. Valls y S. Viñolas, que evaluaba el impacto de un programa de educación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con fibromialgia¹. Se trata, sin duda, de un interesante ensayo clínico que pone de manifiesto la importancia de incorporar una perspectiva biopsicosocial en atención primaria. Sin embargo, lamentamos que los autores hayan basado sus conclusiones en unos análisis que, a nuestro juicio, son de dudosa validez. En primer lugar, nos gustaría señalar la dificultad que hemos encontrado a la hora de interpretar los resultados, tanto en el texto

como en las gráficas utilizadas para describirlos. Segundo, y más importante, los investigadores afirman que la educación sanitaria en pacientes con fibromialgia modifica su percepción de la calidad de vida, mejorando el dolor; y lo hacen a partir de un simple análisis pre y postintervención, para los grupos de control e intervención por separado.

El resultado que interesa al analizar un ensayo clínico que evalúa la eficacia de un tratamiento es el que se produce en el grupo de intervención respecto al observado en el de control, y no en la comparación interna dentro de cada grupo por separado, como se ha hecho en este estudio.

Además, es bien conocido que en diseños como éste² el análisis de los cambios que se producen en la variable de interés, como resultado de una intervención, no pueden dejar de lado el nivel basal con el que entran los pacientes al estudio. Si lo hicieramos, estaríamos ignorando el fenómeno de regresión a la media, que correlaciona negativamente los niveles basales y el cambio producido en los resultados. Así, pacientes con peor estado de salud al entrar tenderán a mejorar más que aquellos que lo hicieron con mejor estado de salud. Esto se refleja en el caso que nos ocupa, en el que el grupo de intervención entra con 85,0 puntos en la dimensión del dolor (6,3 puntos por encima del de control, que lo hace con 78,7 puntos), y su mejoría es de 10,0 puntos, mientras que en el grupo de control la mejoría es negativa, de 8,1 puntos.

Proponemos a los autores que realicen un análisis de la covariancia, ajustando por los niveles a la entrada y el resto de las covariables, lo que, además de modificar sus resultados, les proporcionará un mayor poder estadístico que otros métodos para detectar el efecto de su intervención, si realmente existe. Nos gustaría poder comprender las razones que han llevado a estos investigadores a elegir el análisis estadístico que han utilizado y no el mencionado análisis de la covariancia, y por qué los revisores de esta revista no han detectado este fallo y asesorado a los autores acerca de este punto.

I. Andollo Hervás^a, A. Sánchez Pérez^b y G. Grandes^c

^aPsicóloga. ^bDoctor en Psicología.

^cEpidemiólogo. Unidad de Investigación de Atención Primaria-Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Bilbao. España.

| Dimensiones de salud del NHP | Efecto de la intervención* | IC del 95% | p |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|-------|
| Energía | -1,85 | -18,79 a -15,09 | 0,83 |
| Reacciones emocionales | 0,13 | -11,87 a -12,13 | 0,983 |
| Dolor | -16,24 | -27,24 a -5,24 | 0,005 |
| Movilidad física | -6,19 | -15,18 a -2,79 | 0,171 |
| Sueño | -5,30 | -21,77 a -11,17 | 0,518 |
| Aislamiento social | 3,50 | -9,47 a -16,47 | 0,588 |
| Global | -4,33 | -12,23 a -3,58 | 0,274 |

* Ajustado por el nivel preintervención y la edad.
NHP: Nottingham Health Profile.

1. Bosch E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Aten Primaria 2002;30:16-21.
2. Vickers AJ, Altman DG. Statistics notes: analysing controlled trials with baseline and follow up measurements. BMJ 2001;323:1123-4.

Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos las observaciones metodológicas que apuntan Andollo Hervás et al en relación con nuestro trabajo¹. Hemos realizado el análisis de la covarianza para cada una de las dimensiones del test del Nottingham Health Profile (NHP), que evalúa los posibles cambios en la calidad de vida de dichas pacientes tras la intervención, y también con la puntuación global del test.

En cada uno de los modelos hemos situado como variable dependiente el valor de la dimensión postintervención, y como variables dependientes la dimensión preintervención, la variable intervención/control y la variable edad. Es decir hemos ajustado por el nivel preintervención y la edad.

Tal como muestra la tabla 1, observamos que existe un efecto ($p = 0,005$) de la intervención educativa en la disminución de la dimensión dolor, una vez

ajustamos por el nivel preintervención y la edad.

De esta manera podemos mantener con mayor solidez la conclusión aportada con nuestro estudio de que la educación sanitaria en pacientes con fibromialgias modifica su percepción de la calidad de vida mejorando el dolor.

E. Bosch Romero, N. Sáenz Moya, M. Valls Esteve y S. Viñolas Valer

ABS Les Planes. Sant Joan Despí. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut (ICS). Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Costa de Ponent. España.

1. Bosch E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Aten Primaria 2002;30:16-21.

Causas de mortalidad en un centro de atención primaria

Sr. Director: Hemos leído con satisfacción el original de Quesada et al¹ sobre cómo mejorar el registro de mortalidad en los centros de atención primaria (CAP).

Palabras clave: Causa de muerte. Riesgo de mortalidad. Atención primaria.

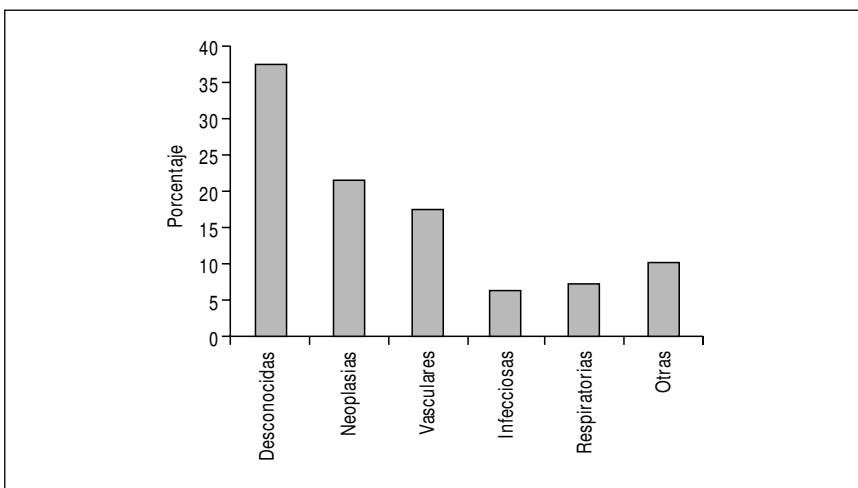


Figura 1. Distribución de las causas de muerte (n = 714).

Los médicos de familia tenemos la percepción de desconocer el fallecimiento de algunos de nuestros pacientes y, cuando lo sabemos, ignoramos su causa.

Fruto de esta inquietud nos planteamos hace 3 años un estudio cuyo objetivo principal era valorar la utilidad de las historias clínicas (HC) de los pacientes fallecidos como fuente para conocer las principales causas de mortalidad. Dicho trabajo² comparte ciertas similitudes con el de Quesada et al (ámbito AP, emplazamiento urbano, población, codificación CIE-9, edad media) especialmente con la primera fase del mencionado estudio.

Nuestro centro es un CAP urbano que atiende a 37.306 habitantes y dispone de un archivo específico para las HC de los difuntos. Se procedió a la revisión de todas las HC pertenecientes a ≥ 15 años fallecidos en el período 1993-1998 (n = 714). Las variables registradas fueron: edad, sexo, causa probable de defunción y clasificación según CIE (9.^a revisión), factores de riesgo y patología asociada. Se trata, pues, de un estudio descriptivo retrospectivo, para cuyo análisis estadístico se emplearon el test de ji-cuadrado y la prueba de Fisher.

La edad media en el momento de la defunción fue de 73,6 años (DE, 16,4) con ligero predominio de varones (54,6%). La causa de muerte no pudo conocerse en 269 casos (37,7%) y sí en los restantes 445 (62,3%), distribuyéndose del siguiente modo: 21,3%, neoplasias; 17,3%, enfermedades vasculares; 7,3%, enfermedades respi-

ratorias; 6,2%, enfermedades infecciosas (incluyendo sida), y 10,2%, otras patologías (fig. 1). Estos resultados son similares a los de la evaluación inicial, hasta 1996, de los autores en cuanto a porcentajes de muertes conocidas e indefinidas y causas según la clasificación CIE-9.

Las neoplasias más frecuentes fueron las de pulmón (24%) y tracto digestivo (20%), y predominaron en varones con incidencia máxima a los 65-74 años; se observó una asociación estadísticamente significativa entre cáncer de pulmón, sexo masculino y consumo de tabaco ($p < 0,001$).

Respecto a las enfermedades del aparato circulatorio: predominio en mujeres, incidencia máxima en > 65 años, 64% de muertes por cardiopatías y 36% por accidentes cerebrovasculares; la presencia de hipertensión arterial, diabetes o hipercolesterolemia condiciona un mayor riesgo de mortalidad por estas causas ($p < 0,015$).

Como conclusiones destacamos: *a)* los registros de las HC proporcionan información limitada sobre las causas de mortalidad de nuestros pacientes; *b)* la detección de factores de riesgo clásicos para el desarrollo de cáncer y enfermedades vasculares (tabaco, etc.), y *c)* en España³ y en Cataluña⁴ la primera causa de mortalidad, pese a su tendencia decreciente, continúa siendo las enfermedades vasculares (cardíacas y cerebrales), seguidas de las neoplásicas, datos no concordantes con los obtenidos tanto en nuestro trabajo como en el de Quesada.

Estas discrepancias podrían explicarse por el elevado porcentaje de diagnósticos desconocidos en ambos trabajos y por el mejor registro de las muertes por cáncer respecto al resto de etiologías.

Intentamos cotejar nuestros datos de mortalidad con los oficiales, pero resultó imposible debido a dificultades técnicas con el Departamento de Estadística Municipal.

Como medida correctora de las deficiencias de registro, también surgió la idea de introducir una hoja de epicrisis consensuada, pero se desestimó por la inminente informatización del centro. Aunque no lo hemos analizado, tenemos la impresión de que la HC informatizada –tras 2 años de su implantación– no ha conseguido solventar este problema.

Coincidimos con Quesada et al en la necesidad de mejorar los registros de mortalidad y que la hoja de epicrisis (en soporte papel o en plantilla informática) es un buen instrumento para ello.

No obstante, creemos que sería muy importante que se remitiera información oficial de manera regular (semestral o anual) a todos los CAP sobre los fallecimientos correspondientes a sus pacientes adscritos. La idea aportada por los autores de unificar el Certificado Médico de Defunción y el Boletín Estadístico de Defunción, con la posterior remisión de una copia al médico de familia, nos parece muy acertada.

De no ser así, seguiremos sin saber de qué se mueren muchos de nuestros pacientes.

C. Albaladejo Blanco, Q. Parés Ubach, A. Monje Hernández y M.I. López López

Médicos de Familia. Centro de Atención Primaria (CAP) Llefià. Badalona (Barcelona). España. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) del Barcelonès Nord i Maresme. Barcelona. España.

- Quesada M, Font P, López C, Maset C, Popescu D. ¿Cómo podemos mejorar el registro de mortalidad en la atención primaria? Aten Primaria 2002;29:469-73.
- Parés Q, Casasayas M, Monje A, Albaladejo C, Martín JA, López I, et al. Care in terminal phase and mortality in a primary care center. Communication of the

- First European Network Organisations Open Conference Wonca'99. 1999 May 19-22; Palma de Mallorca, Spain. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1999.
3. Alonso I, Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Principales causas de muerte en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107:441-5.
 4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya. Pla de Salut 1999-2001.
-

Luxación escapulohumeral y crisis convulsivas

Sr. Director: La lectura del interesante artículo de Echarri et al¹, publicado recientemente en ATENCIÓN PRIMARIA, nos lleva a realizar algunas reflexiones sobre la asociación de luxación escapulohumeral y crisis convulsivas que pensamos aportan datos que complementan la comunicación de estos autores.

La luxación escapulohumeral bilateral tiene tres etiologías, según Brown²: *a*) traumática, que supone el 23% de casos; *b*) de causa atraumática, entre las que se incluyen las de pacientes con alteraciones neuromusculares como la miastenia grave o la parálisis cerebral, y las de carácter voluntario, en pacientes con laxitud articular excesiva o alteraciones psiquiátricas; este grupo de causas constituye aproximadamente el 36% de casos, y *c*) por contracciones musculares violentas, como las que suceden durante una crisis convulsiva, en la electrocución y por la terapia electroconvulsiva. Esta categoría representa un 41% de casos y las

luxaciones posteriores son más frecuentes que las anteriores.

La luxación de hombro es una complicación rara de la crisis convulsiva, estimándose su frecuencia en un 0,6%³. Uno de los factores precipitantes es la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo, posición que clásicamente, y aun en la actualidad⁴, se ha venido aconsejando en los protocolos de actuación ante el paciente con crisis convulsivas, para evitar la broncoaspiración. La luxación que se produce en estas circunstancias suele ser anterior y asienta en el hombro situado debajo⁵. La disminución de la movilidad del brazo atrapado por el peso del cuerpo, y la contracción de los músculos pectoral mayor y dorsal ancho hace que la cabeza humeral se desplace hacia delante y se produzca la luxación^{5,6}. La provocación de esta complicación, junto con el hecho comprobado de que durante la crisis convulsiva prácticamente no existe riesgo de aspiración broncopulmonar (al no haber durante la fase convulsiva un significativo aumento de las secreciones y cesar prácticamente los movimientos respiratorios), hace que la adopción del decúbito lateral no sea la posición más adecuada del paciente durante la fase crítica, aconsejando algunos autores³ que esta recomendación desaparezca de los protocolos de actuación en los que todavía sigue vigente⁴. Sin embargo, es aconsejable durante la fase poscrítica, en la que hay riesgo de broncoaspiración y es el momento en que se produce la mayoría de las neumonías por aspiración en estos pacientes. Por tanto, la prevención de la luxación escapulohumeral, a veces asociada a fractura humeral, debe ir encaminada no sólo a disminuir la frecuencia de las de causa traumática,

por caída del paciente al presentar la crisis, mediante educación sanitaria a los familiares/allegados del enfermo, sino también a disminuir las derivadas de una inadecuada posición del paciente, obviando el decúbito lateral durante la fase crítica, mediante la exclusión de los protocolos de actuación y guías de práctica clínica de la recomendación de colocar al paciente en dicha posición.

F.J. Montero Pérez^a
y P. del Campo Vázquez^b

Consultorio El Higuerón. Zona Básica de Occidente. Distrito Sanitario de Córdoba. España. ^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor asociado del Departamento de Medicina (Área de Atención Primaria). Universidad de Córdoba. Máster Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Universidad de Córdoba. ^bDiplomada Universitaria en Enfermería.

1. Echarri A, Santesteban Echauri E, Irigoien J, Aldaz Beruezo J. Luxación escapulohumeral anterior bilateral tras crisis convulsiva. *Aten Primaria* 2002;30:134.
 2. Brown RJ. Bilateral dislocation on the shoulders. *Injury* 1976;15:267-3.
 3. De Toledo JC, Lowe MR. Seizures, lateral decubitus, aspiration, and shoulder dislocation. Time to change the guidelines? *Neurology* 2001;56:290-1.
 4. Grupo de Estudio para la Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología. Guía para la epilepsia. Página web <http://www.epilepsiasen.org/apublica/guiaepile.htm>
 5. De Toledo JC, Lowe MR, Ramsay RE. Restraining patients and shoulder dislocations during seizures. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:300-2.
 6. Moya Mir MS. Luxación de hombro y crisis convulsiva. *Emergencias* 2001; 13:79.
-