

ofrece día a día al usuario, y el gestor debe operativizarlo en la atención que ofrece día a día al clínico.

Cuidar a los profesionales, hablar con ellos, estar cerca, ser empático... esto debe ser la actividad fundamental del gestor sanitario. Si el trabajo del gestor no le deja tiempo para atender a las personas, algo se está haciendo mal, porque justamente su trabajo es atender a las personas, facilitar su actividad y tomar decisiones con esa orientación. Todo lo demás es "periférico".

J. CASAJUANA BRUNET

Director Servicios de Atención Primaria de Ciutat Vella.
Médico EAP Gòtic Barcelona.
Institut Càtala de la Salut.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera? SEMERGEN 2003; 29: 240-3.
2. Cipolla CM. Las leyes fundamentales de la estupidez humana. En: Ma Non Troppo A., editor. Barcelona: Crítica, 1991.

Hipotiroidismo. A propósito de un caso

Sr. Director: la patología tiroidea se puede manifestar de múltiples formas, muchas veces con un inicio insidioso y con una sintomatología muy vaga, fundamentalmente en el hipotiroidismo del adulto, que hace que se retrase su diagnóstico o se cometan errores. En el paciente de edad avanzada los síntomas se pueden atribuir de forma equivocada al propio envejecimiento o a otros trastornos como la enfermedad de Parkinson, la depresión o la enfermedad de Alzheimer^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que en una analítica rutinaria, estando ella asintomática, presentó una GPT de 65 UI/l, gammaoxalatotransaminasa (GOT) de 75 UI/l, lacticodeshidrogenasa (LDH) de 750 UI/l, creatinina de 1,5 mg/dl y colesterol de 345 mg/dl. En un primer momento se solicitaron únicamente marcadores de hepatitis B y C, con un resultado negativo y ante la nula sintomatología no se siguió investigando. Tras 4 meses acude de nuevo refiriendo notar la cara y encías "hinchadas", con una exploración de discreto edema facial sin fovea, siendo el resto de la exploración, por aparatos, normal con tensión arterial (TA): 100/80 mmHg, 75 latidos por minuto y un índice de masa corporal de 22,4. Se repitió la analítica que mostró un hematocrito 36,8%, volumen corpuscular medio (VCM) 102 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) 33 pg, creatinina: 1,5 mg/dl con aclaramiento de 34 ml/min., GOT: 136 UI/l y GPT: 102 UI/l. Ante esta situación se completó el estudio solicitando vitamina B₁₂ (valores normales), ácido fólico (bajo), hierro sérico (75), reticulocitos y extensión de sangre periférica (ambas normales), estando ello a favor de una anemia macrocítica no megaloblástica por trastornos crónicos, puesto que un nivel de

Tabla 1. Clínica del hipotiroidismo

Generales
Fatiga
Disminución apetito. Aumento del peso
Aumento sensibilidad al frío
Voz ronca y áspera
Piel y anejos
Piel seca, pálida, dura y escamosa
Pelo seco y frágil
Alteración de las uñas
Mixedema
Aparato respiratorio
Hipoventilación y derrame
Aparato digestivo
Macroglosia. Hiperplasia gingival
Estreñimiento
Aquilia
Aparato circulatorio
Disminución del gasto cardíaco
Bradicardia
Cardiomegalia
Vasoconstricción periférica
Riñón
Disminución del filtrado glomerular
Hiponatremia dilucional
Sangre
Anemia normocítica o macrocítica
Endocrino
Amenorrea y ciclos anovulatorios
Impotencia y oligospermia
Hiperprolactinemia con galactorrea
Alteración del ritmo del cortisol
Metabolismo
Aumento de la lipidemia
Aumento de la carotidemia
Aumento de la densidad ósea
Disminución resorción ósea
Sistema nervioso
Bradipsiquia, bradicinesia
Somnolencia
Ataxia
Depresión, demencia
Disminución de reflejos osteotendinosos
Túnel carpiano
Aumento enzimas musculares (CK, GOT, LDH)
Sordera. Ceguera nocturna

folato sérico no es una prueba adecuada para el diagnóstico de un déficit de ácido fólico, siendo necesario recurrir al folato eritrocitario³. Se pidió una proteinuria en orina/24h para descartar un síndrome nefrótico, que fue normal, y se realizó un estudio hepático con ecografía, ceruloplasmina (para descartar una enfermedad de Wilson), transferrina (pensando en una hemocromatosis) y anticuerpos antimitocondriales, antimusculo liso y antinucleares (para descartar una hepatopatía crónica autoinmune) resultando todo ello normal. A su vez se solicitaron unas hormonas tiroideas que mostraron una T4 total y libre disminuidas con TSH aumentada.

La paciente fue tratada con levotiroxina a una dosis inicial de 50 mcg pasando posteriormente a 75 mcg como mantenimiento, mejorando su sintomatología y normalizándose las pruebas analíticas.

El hipotiroidismo se trata de una patología prevalente (mayor en la mujer), en un 95% de los casos primario, y cuya incidencia aumenta con la edad. En nuestro medio y en adultos las tiroiditis autoinmunes atroficas y la ablación terapéutica con cirugía o ^{131}I predominan entre las causas sin bocio, y la tiroiditis de Hashimoto entre las causas con bocio. Los síntomas precoces en el adulto son inespecíficos y de inicio insidioso (tabla 1). Cuando el hipotiroidismo se manifiesta desde el nacimiento y causa anomalías del desarrollo se denomina cretinismo. El término mixe-dema denota un hipotiroidismo grave con acumulación de mucopolisacáridos hidrófilos en la sustancia fundamental de la dermis y otros tejidos, ocasionando un engrosamiento de los rasgos faciales y una induración pastosa de la piel.

Para su diagnóstico la determinación más útil de forma aislada es la concentración sérica de TSH^{4,5}, que aumenta en las variedades tiropriva y asociada a bocio, y suele ser normal o indetectable en el hipotiroidismo hipofisario o hipotalámico. El descenso de la T4 (total y libre) en el suero es frecuente en todas las variedades primarias. Se pueden encontrar cifras de T4 (N) en casos de hipotiroidismo subclínico⁶, debiendo usarse entonces las cifras de TSH. La determinación de T3 en plasma es de poca utilidad. Los anticuerpos antitiroideos aparecen en las tiroiditis, excepto en la de Riedel, y como pruebas de imagen se usa la radiografía de tórax para valorar alteraciones cardíacas y pulmonares, la ecografía del tiroides y la resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC) craneal para estudiar el hipotiroidismo secundario o terciario.

El tratamiento es a base de hormona sintética como la levotiroxina. Es un tratamiento crónico que requiere controles⁷.

Como conclusión, el hipotiroidismo puede cursar de forma insidiosa y con sintomatología muy inespecífica; en nuestro caso una ligera alteración de la bioquímica hepática, sanguínea y renal en un primer momento, acompañada de un discreto edema facial en los meses posteriores, fueron las únicas manifestaciones; por lo que hay que tenerle presente en el diagnóstico diferencial de muchas entidades y no olvidarnos de él si no queremos retrasar diagnósticos.

R. GÓMEZ MORENO^a, A. CALVO CEBRIÁN^b,
N. MONGE ROPERO^c

Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

^aCentro de Salud Nuredduna. Artà. Mallorca.

^bCentro de Salud Galapagar. Área 6. Madrid.

^cCentro de Salud Carbonero. Segovia.

Bibliografía

1. Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1089.
2. Burmeister LA, Ganguli M, Dodge HH, Toczek T, Delosky ST, Nebes RD, et al. Hypothyroidism and cognition preliminary evidence for a specific defect in memory. *Thyroid* 2001;11(12):1177-85.
3. Colon-Otero G, Menke D, Hook CC. A practical approach to the differential diagnosis and evaluation of the adult patient with macrocytic anemia. *Med Clin North Am* 1992;76:581.
4. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, et al. American Thyroid Association guideline for detection of thyroid dys-

function (In Process Citation). *Arch Intern Med* 2000;160(11): 1573-5.

5. Ayala A, Wartofsky L. Minimally symptomatic (sub clinical) hypothyroidism. *The Endocrinologist* 1997;7:44.
6. Singer PA, Cooper DS, Levy EG, Ladenson PW, Braverman LE, Daniel G, et al. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. Standards of Care Committee. *JAMA* 1995;273(10):808-12.
7. Pollock MA, Stunock A, Marshall K, Davidson KH, Kelly CJ, McMahon AD, et al. Thyroxine treatment in patients with symptoms of hypothyroidism but thyroid function test within the reference range: randomized double blind placebo controlled crossover trial. *BMJ* 2001;323:891-5.

Arbitraje médico frente a medicina defensiva

Sr. Director: hemos tenido acceso a la lectura del artículo publicado en su revista por el Dr. M. Seguí Díaz, relacionado con la responsabilidad de los actos médicos. Posterior a la revisión nos mueve a comentarle que en México existe desde 1996 una manera diferente e importante de manejar los conflictos derivados del acto médico, que puede contestar algunos de los planteamientos del Dr. Seguí Díaz, y cuya experiencia fue presentada por el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Dr. Carlos Tena Tamayo, en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, al que alude el Dr. Seguí en su artículo.

Hace 7 años fue creada por Decreto Presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con plena autonomía técnica y dirigida exclusivamente a solucionar mediante métodos alternativos a los judiciales las diferencias entre los pacientes o sus familiares, y los médicos o las instituciones de salud en los ámbitos público, social y privado. Su misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Sólo en el año 2002 atendió y resolvió de forma gratuita, imparcial, ágil, de buena fe, evitando pleitos judiciales y promoviendo el diálogo, 14.560 asuntos.

Lo novedoso y exitoso de este "modelo mexicano de arbitraje médico" es que ayuda a resolver los conflictos a través de médicos y abogados especializados, llegando a la verdad. Es decir, el acto médico es evaluado por profesionales altamente capacitados que conocen a fondo la multitud de factores que intervienen en cada una de las consultas médicas, en apego a la *Lex artis*, con la asesoría adicional, contratada en cada caso, de un médico especialista en el campo de estudio de cada controversia; certificado por su consejo de especialidad o reconocido por las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía; la función del abogado, también en cada caso, es corroborar que los acuerdos y el manejo del proceso siempre se apeguen al derecho. Los casos se resuelven en un promedio máximo de 6 meses incluyendo la emisión de laudos.

El modelo mexicano de arbitraje médico en cuestión, que utiliza los procesos de orientación, conciliación y arbitraje, estudia e investiga cotidianamente los múltiples