

Enfermedad de Steinert y estatinas

Introducción. Son muchas las causas que pueden generar un incremento de los valores séricos de la isoenzima creatinincinasa (CK). Entre ellas se puede destacar las de etiología cardíaca, de origen muscular, hipertermia maligna, hipotermia, síndrome de Reye, consumo de cocaína, alcoholismo, colecistitis aguda, fiebre de las Montañas Rocosas, hipotiroidismo, neoplasias y fármacos¹. En cuanto a los fármacos destacan las estatinas, que tienen como reacciones adversas la hepatotoxicidad y la miopatía².

Para la miopatía, el seguimiento debe ser clínico, interrogando al paciente acerca de dolores musculares y/o debilidad. Cuando aparezcan, se solicitará una determinación de CK, y si ésta presenta elevaciones de al menos 10 veces su valor de referencia, se retirará el fármaco. Supone el efecto adverso más grave (excepcionalmente, puede ocasionar rhabdomiólisis y fracaso renal), pero es un acontecimiento raro^{3,4}.

Por tanto, el incremento de las cifras de CK habrá que valorarlo de manera especial si aparece en pacientes que están usando estatinas. Si tras la suspensión de la estatina el paciente sigue presentando un incremento de la CK, se tendrá que descartar enfermedades musculosqueléticas del grupo de las polimiositis y miopatías, entre ellas la distrofia miotónica o enfermedad de Steinert.

A continuación se presenta un caso de enfermedad de Steinert diagnosticado en una paciente con dislipemia que presenta algias musculares inespecíficas y trastornos analíticos con aumentos persistentes de CK, atribuibles en un principio al tratamiento hipolipemiente.

Caso clínico. Mujer de 55 años de edad, con antecedentes familiares en la madre de diabetes mellitus tipo 2 y de miopatía familiar en un hermano. Los antecedentes patológicos personales son: dislipemia (hipercolesterolemia y hipertriglicéridemia) desde los 48 años de edad, esteatosis hepática desde los 49 años de edad y mastopatía fibroquística de grado moderado desde los 51 años de edad. No es fumadora ni consumidora de bebidas alcohólicas. Debido a que la dislipemia (colesterol, 301 mg/dl o 7,7 mmol/l; triglicéridos, 295 mg/dl o 3,34 mmol/l) no respondía ini-

cialmente con la dieta hipolipemiente, se optó al cabo de 6 meses por la administración de simvastatina a la dosis de 10 mg/24 h por vía oral. Al cabo de 24 meses consultó por la aparición de mialgias generalizadas que fueron calificadas como efecto adverso de la simvastatina, por lo que se prefirió suspender dicho medicamento y utilizar posteriormente la atorvastatina a la dosis de 10 mg/24 h por vía oral. En los seguimientos ulteriores la paciente estaba asintomática y fue al cabo de 6 meses de iniciado el nuevo tratamiento cuando volvió a presentar mialgias generalizadas, por lo que se realizó una determinación analítica con colesterol de 212 mg/dl (5,4 mmol/l), triglicéridos de 291 mg/dl (3,3 mmol/l), CK de 381 U/l, AST de 66 U/l, ALT de 97 U/l, fosfatasas alcalinas de 347 U/l y gamma GT de 239 U/l. Este trastorno analítico fue calificado otra vez como efecto adverso de las estatinas, por lo que se optó por cambiar este fármaco por un fibrato (bezafibrato a la dosis de 400 mg/24 h). En los seguimientos posteriores la paciente estaba libre de síntomas, pero en los controles analíticos posteriores que se realizaron a lo largo de 17 meses persistían las alteraciones de la CK, oscilando entre valores de 300-462 U/l. Y fue hace 5 meses cuando nos comentó que tenía un hermano al cual se le había diagnosticado una miopatía familiar que posteriormente se confirmó como enfermedad de Steinert. Dada la persistencia de dislipemia con colesterol de 310 mg/dl (7,9 mmol/l) y triglicéridos de 350 mg/dl (3,9 mmol/l), junto con el trastorno de las CK y los antecedentes del hermano, se optó por suspender también la administración de fibratos e indicar colestipol a la dosis de 5 g/24 h por vía oral e iniciar el estudio de miopatía familiar.

El estudio electromiográfico confirmó la existencia de una distrofia miotónica. En los últimos controles la paciente se ha mantenido asintomática. En la última analítica practicada recientemente destaca colesterol 263 mg/dl (6,7 mmol/l), triglicéridos 387 mg/dl (4,3 mmol/l), CK 250 U/l. Actualmente, se ha decidido intensificar el tratamiento hipolipemiente, siguiendo tratamiento con colestipol a 5 g/12 h.

Discusión y conclusiones. La distrofia miotónica de Steinert es la miopatía hereditaria más frecuente en el adulto. Se trata de

una enfermedad que se transmite de forma autosómica dominante. La anomalía autosómica viene determinada por un *locus* genético localizado en la región q13.3 del brazo largo del cromosoma 19. La incidencia es de 13,5 casos por cada 100.000 habitantes y la prevalencia es de 5 casos por 100.000 habitantes. Un estudio realizado en la isla de Mallorca encontró una prevalencia de 110 casos por millón de habitantes⁵.

La presentación clínica de la distrofia miotónica varía ampliamente⁶. Aun así, la forma más frecuente es la que se inicia en la tercera década de la vida, con sintomatología muscular, debilidad de los músculos elevadores del párpado, maseteros y esternocleidomastoideo, los antebrazos, las manos y los músculos pretibiales. El diagnóstico puede establecerse habitualmente basándose en los datos clínicos. La concentración sérica de CK puede ser normal o estar aumentada. El electromiograma pone de manifiesto el fenómeno miotónico mucho antes de la aparición de la sintomatología.

X. Pujol Olivares^a, M. Vilamú Talavera^b, M.T. Esquerra Alibés^b y J. Deniel Rosanas^b

Àrea Bàsica de Salut Manlleu. Manlleu (Barcelona). España.

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unitat Docent Centre de l'Institut Català de la Salut.

^bMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de Atención Primaria de la Unitat Docent Centre de l'Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

1. Wallach J. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. 3ª ed. Barcelona: Masson, S.A., 1998; p. 335-66.
2. Hipercolesterolemia: protocolo de actuación. Protocolo 1999/4. FMC 1999;6 (supl 7):5-32.
3. Sáez M, Ferrándiz J. Actualización sobre estatinas. FMC 1998;5:408.
4. Hsu I, Spinler SA, Johnson NE. Comparative evaluation of the safety and efficacy of HMG-CoA reductase inhibitor monotherapy in the treatment of primary hypercholesterolemia. Ann Pharmacother 1995;29:743-59.
5. Burcet J, Cañellas F, Cavaller G, Vich M. Estudio epidemiológico de la distrofia miotónica en la isla de Mallorca. Neurología 1992;7:61-4.

6. Schneider C, Reiners K, Toyka KV. Myotonic dystrophy (DM/Curschmann-Steinert disease) and proximal myotonic myopathy (PROMM/Ricker syndrome). Myotonic muscle diseases with multisystemic manifestations. *Nervenarzt* 2001; 72:618-24.

Mortalidad transcurridos 5 años en una cohorte de ancianos de alto riesgo

Introducción. Diariamente en las consultas de atención primaria se evidencia el fenómeno del envejecimiento poblacional^{1,3,6}. Ciertas personas con el envejecimiento presentan un deterioro importante de la función física que genera una alta dependencia⁴. La OMS estableció en 1974 unos criterios que definían un perfil de anciano de alto riesgo (AAR)¹. El médico de familia necesita herramientas que identifiquen situaciones de riesgo para posteriormente intervenir de forma multidisciplinaria como forma de prevenir la dependencia y, en la medida de lo posible, la mortalidad precoz^{2,5}.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de AAR en una cohorte de pacientes mayores de 65 años. Analizar la mortalidad de esa cohorte transcurridos 5 años. Intentar establecer relaciones entre la mortalidad y el hecho de cumplir o no criterios de AAR.

Diseño. Estudio de cohortes prospectivo.

Emplazamiento. Atención primaria. Centro de salud en una población de 40.000 habitantes. Nuestro centro cubre los servicios sanitarios correspondientes al núcleo histórico de la población. Es la zona de pasado agrícola-industrial del municipio.

Participantes. De acuerdo con la bibliografía disponible³, se estimó una prevalencia de 0,38, con un error α de 0,05 y una precisión de 0,08. Realizamos un muestreo sistemático de pacientes atendidos en el centro y mayores de 65 años. La cohorte resultante fue de 171 pacientes.

Mediciones principales. Se entrevistó a cada uno de los seleccionados y se incluyó una valoración del grado de dependencia funcional utilizando las escalas de Barthel y Lawton. Cinco años más tarde se registra

la mortalidad de la cohorte estudiada y la fecha de la defunción. Para obtener esta información se cruzaron los datos registrados en el sistema informático SIAP-Plus para la gestión de historias clínicas y el registro civil del municipio.

Se considera AAR si se cumple uno de los siguientes criterios propuestos por la OMS: ingreso hospitalario en el último mes, vivir solo, viudez en el último año, cambio de domicilio en los últimos 3 meses, edad > 80 años, dependencia funcional (Barthel < 60), demencia (registrada en la historia clínica).

Resultados. Edad media 75 años (DE \pm 6; IC del 95%, 65-95). El 67% eran varones. Cumple criterios de AAR el 57% de la cohorte (IC del 95%, 50-64). Entre los clasificados como AAR las frecuencias relativas de cada uno de los criterios de inclusión son las siguientes: mayor de 80 años (30%), vivir solo (22%), cambio de domicilio reciente (13%), demencia (12%), ingreso hospitalario reciente (9%), dependencia funcional (8%), viudez (6%). Los clasificados como AAR cumplían un único criterio en el 58% de los casos, dos en el 25% y tres en el 11%.

Transcurridos 5 años, había fallecido el 28,3% de los clasificados como AAR, frente al 15,2% de los que no cumplían criterios de AAR. Con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,04$). En el análisis bivalente, las variables que más se asociaban estadísticamente con la mortalidad eran la edad ($p < 0,0001$) y el índice de Barthel < 60 ($p = 0,035$). El riesgo relativo de morir en el grupo de AAR es de 1,86 y la proporción del riesgo atribuible 0,46.

Conclusiones. Se observa una elevada prevalencia de AAR en la cohorte estudiada que afecta principalmente, en nuestro caso, a varones. Aquellos pacientes que cumplieron criterios de AAR presentaron mayor mortalidad, casi el doble (RR, 1,86), respecto a los que no cumplían criterios de AAR. El resultado en cuanto al sexo difiere de otras publicaciones y lo atribuimos a la tipología de la población atendida, donde el papel desempeñado por la mujer corresponde con el de ama de casa tradicional que visita en pocas ocasiones el centro de salud. Los médicos de familia debemos prestar mayor atención a

los determinantes de salud de tipo social: vivir solo, viudez.

O. Fariñas Balaguer, A. Ferrer Feliu y C. Prieto Villanueva

Médicos de Familia. ABS Sant Feliu de Llobregat 1. Barcelona. España.

Los resultados de este estudio únicamente han sido presentados como comunicación oral en las II Jornadas Interdisciplinares de la SAP Baix Llobregat Nord. Celebradas el 15 de junio de 2002 en Martorell.

1. OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, 1974.
2. González JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria* 1992;9:218-26.
3. Cortés JJ, Méndez-Bonito E, Koutsourais R, Utrilla J, Macías J, Cesedo MA, Rozas Z. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria* 1996;18:327-30.
4. Baztán JJ, González JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
5. Grupo de Trabajo de la SEMFYC. Atención al anciano. Madrid: Ediciones Eurobook S.L., 1997.
6. Llibre Blanc de les Activitats preventives per a la gent gran. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1999.

Leishmaniasis cutánea con afección visceral. A propósito de un caso

Introducción. La leishmaniasis cutánea no es una enfermedad frecuente pero, como todas las enfermedades infecciosas, hay que tenerla presente para poder llegar a diagnosticarla. Las manifestaciones clínicas dependen de la virulencia de las distintas especies, provocando una reacción inflamatoria aguda y crónica con tendencia a cicatrizar, que en raras ocasiones evoluciona a leishmaniasis cutánea y/o visceral.

Caso clínico. Paciente de 34 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, trabajador de la construcción (2 meses previos al

ingreso estuvo construyendo una nave en el campo, en las Marismas del Rocío, donde dormía). El paciente acude a urgencias del hospital por presentar un cuadro de polimialgias y contracturas musculares intensas tras esfuerzo físico. La exploración clínica es normal. Se solicita análisis de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax, con resultados normales, excepto creatinina 2,7, urea 73, CK 630 (con CK-MB de 13). Tras iniciar fluidoterapia, el paciente mejora ostensiblemente, tanto clínica como analíticamente, presentando valores de urea de 47, creatinina de 1,20 y CK de 160, por lo que se procede al alta, con el diagnóstico de rhabdomiólisis e insuficiencia renal prerrenal. A la semana acude a su médico de atención primaria para comunicarle que no se encontraba bien; se explora exhaustivamente por órganos y aparatos, observándose una lesión maculopapulosa con costra negruzca en el antebrazo derecho (el paciente la presenta desde hace 20 días). Se le propone su extirpación mediante cirugía menor ambulatoria en el centro de salud, lo cual acepta, y se le practica una nueva analítica, cuyos resultados son normales, excepto CK 869 con CK-MB normal. La anatomía patológica de la lesión extirpada en el antebrazo dio como resultado una leishmaniasis cutánea.

Se deriva al servicio de medicina interna con dicho diagnóstico, se hace análisis donde la única alteración es CK 869. En la ecografía abdominal se observa una ligera hepatoesplenomegalia, por lo que se procede a instaurar tratamiento con antimoniales durante un mes. Posteriormente, se realiza un hemograma y una bioquímica de control, con resultados normales. El paciente desde entonces está totalmente asintomático.

Discusión y conclusiones. La forma clásica de la leishmaniasis cutánea es la denominada Botón de Oriente, que ocurre en las regiones tropicales y subtropicales de Asia menor, China, las zonas mediterráneas y la India. La leishmaniasis cutánea es producida más frecuentemente por el complejo de la *Leishmania tropica*, que está integrado por la *Leishmania tropica major* (zoonosis rural de roedores) y la *Leishmania tropica minor* (parásito del perro y del hombre en el medio urbano); los promastigotes son inoculados en la piel, y el parásito

se convierte en amastigote y se multiplica en los macrófagos locales. Las manifestaciones clínicas dependen de los factores de virulencia de las distintas especies de leishmania, y se observa una respuesta inflamatoria aguda y crónica caracterizada por fagocitos mononucleares infectados y no infectados, linfocitos y células plasmáticas que confluyen y forman pápulas con tendencia a la ulceración y se acompañan de lesiones satélites en la cara y las extremidades, las cuales tienden a cicatrizar; suelen curar en uno o 2 años^{1-3,4}.

En los primeros estadios, la mejor prueba diagnóstica es el frotis y el cultivo del material obtenido de la lesión; las pruebas serológicas más universalmente recomendadas son las que utilizan anticuerpos monoclonales para identificar leishmanias por RIA o inmunofluorescencia, la más sensible es serología por ELISA⁵. El tratamiento de elección lo constituyen los antimoniales, a la misma pauta de leishmaniasis visceral (15 mg/kg/día) con control electrocardiográfico periódico y de las enzimas pancreáticas durante el tratamiento por la aparición de posibles efectos secundarios (cardiotoxicidad y pancreatitis aguda); si es resistente, se utiliza anfotericina B⁶.

M. Rodríguez Martínez^a, S. Domínguez Palomo^b, J. Mesa Rodríguez^c y M.A. Díaz Torres^c

^aDoctor en Medicina. Residente tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Osuna (Sevilla). España. ^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Área de Osuna. Centro de Salud La Puebla de Cazalla. Osuna (Sevilla). España. ^cFEA de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Merced. Osuna (Sevilla). España.

1. Vamvakidis CD, Koutinas AF, Kanakoudis G, Georgiadis G, Saridomichelakis M. Masticatory and skeletal muscle myositis in canine leishmaniasis (*Leishmania infantum*). Vet Rec 2000;146:698-703.
2. Dauden E, Penas PF, Rios L, Jiménez M, Fraga J, Alvar J, et al. Leishmaniasis presenting as a dermatomyositis-like eruption in AIDS. J Am Acad Dermatol 1996;35:316-9.
3. Hepburn NC, Nolan J, Fenn L, Herd RM, Neilson JM, Sutherland GR, et al. Cardiac effects of sodium stibogluconate

myocardial, electrophysiological and biochemical studies. QJM 1994;87:465-72.

4. Khalil EA, Zijlstra EE, Kager PA, El Hassan AM. Epidemiology and clinical manifestations of *Leishmania donovani* infection in two villages in an endemic area in eastern Sudan. Trop Med Int Health 2002;7:35-44.
5. Salotra P, Sreenivas G, Nasim AA, Subba Raju BV, Ramesh V. Evaluation of enzyme-linked immunosorbent assay for diagnosis post-Kala-Azar dermal leishmaniasis with crude or recombinant k39 antigen. Clin Diag Lab Immunol 2002;9:370-3.
6. Vardy DA, Gilead L, Frankenburg S. Treatment of cutaneous leishmaniasis—an update. Harefuah 2002;141:70-5,124,125.

Patrón de uso de los fármacos antihipertensivos en pacientes sin afección de órganos diana en un centro de salud urbano

Objetivos. Analizar la medicación antihipertensiva de una muestra de hipertensos esenciales con control adecuado de sus valores tensionales en el año previo a la inclusión en el estudio y sin afección de órganos diana.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Sujetos. Se seleccionaron de forma aleatoria simple y prospectiva 70 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA), procedentes del Centro de Salud Universitario San Pablo de Sevilla, entre los años 1997 y 2000 que cumplieran los siguientes requisitos:

- HTA esencial ligera o moderada (grado 1 y/o 2 de la clasificación del JNC VI), y sin signos ni síntomas de repercusión visceral (fase I de la clasificación de la OMS).
- Haber recibido de forma continuada, y desde al menos un año antes, tratamiento farmacológico antihipertensivo con uno o 2 fármacos como máximo.
- Tener un buen control de su presión arterial (PA) en los 12 meses previos a la inclusión en el estudio (medias de PA sistólica [PAS] y PA diastólica [PAD] tomadas

en consulta ≤ 140 y 90 mmHg, respectivamente).

– No presentar arritmias ni procesos crónicos o debilitantes descompensados.

A todos los pacientes, con el objeto de descartar una afección de órganos diana y/o hipertensión secundaria, se les realizó una historia clínica detallada, incluyendo la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados (alcohol, índice de masa corporal y tabaco) y una analítica general (hemograma, bioquímica y orina elemental con sedimento junto a radiografía de tórax y electrocardiograma). Se excluyeron aquellos pacientes que hubieran sufrido complicaciones documentadas atribuibles a la HTA (accidente cerebrovascular, angina de pecho o infarto de miocardio). Además, comprobamos la constancia de registros de PA (al menos 6 tomas en el último año) para confirmar el buen control de la misma tras tratamiento farmacológico.

Resultados. Los fármacos antihipertensivos usados por los 70 pacientes hipertensos esenciales de grado 1 y/o 2 que participaron en el estudio se distribuían porcentualmente de la siguiente forma: 32,9% (25 pacientes) inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA); 26,3% (20 pacientes) diuréticos; 19,7% (15 pacientes) antagonistas del calcio (ACA); 15,8% (12 pacientes) bloqueadores beta (BB) y 5,3% (4 pacientes) otros (fig. 1). La mayoría de los pacientes estaba bajo tratamiento con un solo fármaco y sólo 6 pacientes tenían asociación de 2 fármacos.

Discusión y conclusiones. Se ha sugerido que la sobreutilización de IECA y ACA en detrimento del uso de diuréticos puede deberse a su indicación, en primera instancia, en pacientes sin otra enfermedad conocida¹. En los pacientes con cardiopatía es patente la infrautilización de los BB a expensas de los ACA².

En nuestro estudio el grupo terapéutico más usado es el de los IECA, lo cual está en desacuerdo con los consensos sobre HTA y con los estudios de coste-efectividad, donde los diuréticos son fármacos de primera elección en la población mayor de 60 años sin comorbilidad, así como en muchos casos de enfermedad asociada, como insuficiencia cardíaca, obesidad, osteoporosis, cor pulmonale, hepatopatía etc.; por

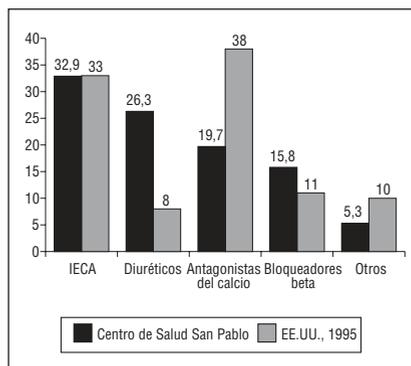


Figura 1.

lo que se pueden usar *a priori* prácticamente en todas las circunstancias, teniendo en cuenta la excelente tolerancia subjetiva de estos fármacos³.

La situación que observamos en nuestro estudio (fig. 1) es intermedia entre las tendencias en Estados Unidos (sobreutilización de IECA y ACA¹) y las observadas en los países nórdicos, donde los BB son fármacos muchos más usados que en nuestro país para la población hipertensa⁴. El patrón de uso de antihipertensivos en nuestra población de estudio (por otra parte, sin afección de órganos diana) no se ajusta a la evidencia científica disponible. Se utilizan más los medicamentos que menos pruebas de efectividad clínica poseen y que, aun dándoles por supuesta la misma efectividad clínica, son los menos eficientes. Este patrón de uso inadecuado es descrito también a nivel nacional por otros autores⁵.

En conclusión, el patrón de utilización de fármacos antihipertensivos en nuestra población de hipertensos esenciales (por otra parte, sin afección de órganos diana) no se ajusta a la evidencia científica disponible, existiendo una sobreutilización de IECA y ACA.

F. Villalba Alcalá^a, A. Espino Montoro^b, M.C. González Fernández^c y J.M. López Chozas^b

^aDoctor en Medicina. Servicio de Urgencias.

^bDoctor en Medicina. Servicio de Medicina Interna.

^cTécnico de Laboratorio. Unidad de Apoyo a la Unidad de Investigación. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla). España.

1. Siegel D, López J. Tendencias en el uso de antihipertensivos en los Estados Unidos. ¿Han modificado los hábitos de

prescripción las recomendaciones del V Comité Nacional de 1993? JAMA (ed. esp.) 1997;278:1745-8.

2. Soumerai SB, Mc Laughlin TJ, Spiegelman E, Thibault G, Goldman L. Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. JAMA 1997;277:115-21.
3. Córdoba R. Reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos. Aten Primaria 1996;6:420-4.
4. Morros R. Fármacs antihipertensius. En: Aula d'Atenció Primària: la gestió de la farmàcia a l'ICS. Barcelona, 1995.
5. Prieto M, de Abajo FJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M, Palop R. Uso de antihipertensivos en España, 1985-1995. Med Clin (Barc) 1998;110:247-53.

Experiencias de trabajo con casos clínicos «integrales» para la práctica y la formación en medicina general

En relación con el excelente artículo «El caso clínico en medicina general»¹, con el que manifestamos nuestro completo acuerdo, y dado que es un tema de especial interés en la medicina de familia (MF), nos gustaría añadir unos comentarios. El caso clínico usado en medicina no es sino uno de los varios tipos de estudios de casos posibles: herramienta para la práctica, investigación², reflexión moral y formación³. Hay una creencia dañina según la cual «ser inteligente» proviene de saber una gran cantidad de reglas. Sin embargo, la mayor parte del razonamiento humano está basado en casos en lugar de en reglas. Los profesionales sanitarios saben desde tiempos inmemoriales que la información que se obtiene de un paciente será distinta dependiendo de dónde se ponga la atención. Así, un caso clínico integral debería incluir la mayor parte de los siguientes aspectos: datos biopsicosociales; cuantitativos y cualitativos; experiencia de la enfermedad; varios actores (paciente, familia, comunidad); historia biográfica (proyectos, expectativas...); relación médico-paciente-familia-contexto; valoración de aspectos familiares y comunitarios (recursos,

puntos fuertes y débiles, relaciones...), en el diagnóstico y tratamiento⁴. Y estos aspectos deberían pasar a formar parte, no sólo del caso clínico docente, sino del registro del caso clínico real (y quedar registrados en la historia clínica de cada paciente). Trabajamos con esta compleja información todos los días. Entonces, ¿por qué no les damos la importancia que se merecen y justificamos nuestras decisiones basándonos en ella? Porque no tenemos ese hábito de pensamiento aún incorporado.

Existen experiencias actuales en nuestro medio para incorporar esta forma de pensar basadas en el uso de casos clínicos integrales, en las que estamos trabajando, y que son: el Curso a Distancia de Tutorización de la semFYC, donde se destaca esta visión integral y contextualizada, y se usan muchos estudios de casos y casos clínicos «integrales» como método educativo de los participantes. Asimismo, la sección de experiencia clínica de la revista *Humana*, donde se presentan casos clínicos con este enfoque. Además, proponemos este mismo abordaje para la formación continuada, en función de un proyecto denominado «Centro de Salud Virtual», consistente en un entorno virtual de aprendizaje (basado en web) en el que, a partir de un caso clínico dado con diferentes contextos alternativos, que pueden ser seleccionados al azar, se determinan, mediante autoevaluación fundamentalmente, las necesidades formativas, y se facilitan, desde ese mismo entorno, los recursos educativos que puedan satisfacerlas^{5,6}. Observamos más agudamente cuando nos entrenamos en la visión de lo complejo. Quisiéramos, entonces, «no ver la nieve uniforme, fría y blanca», sino que, como los esquimales, ¡viéramos 20 tipos de nieve diferentes!

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

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Directores de los Cursos a Distancia de Tutorización de la semFYC y de Tecnologías Educativas para Profesionales de la Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. ^aCentro de Salud «La Estación». Talavera de la Reina (Toledo). España. ^bCentro de Salud «Polígono Industrial». Toledo. España.

1. Gervas Camacho J, Pérez Fernández M, Albert Cuñat V, Martínez Pérez JA. El caso clínico en medicina general. *Aten Primaria* 2002;30:405-10 [consultado 15/10/2002]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdcbgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13038167&mail=Si>
2. Freud S. *Relatos clínicos*. Madrid: Siruela, 1997.
3. Cousins N. *Anatomy of an illness as perceived by the patient. Reflections on healing and regeneration*. New York: WW Norton & Company, 1979.
4. Turabián JL, Pérez Franco B. *Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
5. Pérez Franco B, Turabián JL. El centro de Salud Virtual. Taller «Presentación de Experiencias e Instrumentos Docentes Novedosos». Jornadas Docentes. XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, 20 al 23 de noviembre de 2002.
6. Pérez Franco B, Turabián JL. El Centro de Salud Virtual. Disponible en: <http://www.equiponexos.com>

Medicina familiar académica en América Latina en el año 2002

En un artículo aparecido en *ATENCIÓN PRIMARIA* en el mes de mayo de 2002, sobre la enseñanza de medicina familiar en las facultades de medicina del mundo, sólo figura una escuela de medicina en América Latina. Tratándose de una información errónea por lo incompleta, desearía salvar esa omisión con el informe que se adjunta. Esencialmente, estos datos fueron presentados en la Cumbre de Sevilla en mayo de este año. La información fue publicada en el Boletín Electrónico de FEPAFEM, y presentada por quien suscribe en la sesión internacional de la Asamblea Científica de la AAFP, el día 17 de octubre pasado, y también será publicada en el próximo Boletín Internacional de la STFM. Mucho agradeceré su publicación en la revista que usted dirige para saldar de ese modo una deuda con los lectores.

De acuerdo con el informe de la OPS, «La Salud de las Américas» (1998), América Latina comprende dos grandes grupos de

países: la América Latina continental y el Caribe latino: en total, 22 países con una población de 520 millones de habitantes. En esos países funcionan 323 escuelas de medicina registradas.

En mayo de 2002 tuvo lugar en Sevilla una Cumbre Iberoamericana, organizada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, a la que asistieron representantes de 19 países. Medicina familiar en el currículum de grado fue uno de los cuatro temas básicos que se discutieron en Sevilla, sobre los cuales se presentaron sendos documentos. Los datos de América Latina, que incluyeron ocho países de la región (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, México, Panamá, Uruguay y Venezuela), fueron presentados por el autor de este trabajo. La población total de este grupo de países es de 232 millones y en ellos funcionan 138 escuelas de medicina.

Es importante destacar que en los años setenta y ochenta la estrategia para el desarrollo de la medicina familiar en América Latina fue poner el esfuerzo principal en el desarrollo de programas de residencia de medicina familiar. En 1980 había 21 programas en 3 países y, como resultado de esa estrategia, las residencias de medicina familiar sumaban 180, en 18 países, a principios de los años noventa.

En enero de 2000 un pequeño número de líderes universitarios, preocupados por la escasa visibilidad de la medicina familiar como disciplina en el currículum de grado en las escuelas de medicina de América Latina, se reunió en la ciudad de Panamá y decidió formar un Grupo de Tareas para el estudio y desarrollo de la medicina familiar académica en la región, una prioridad absoluta en el nuevo siglo. El primer paso fue la realización de una encuesta en las 100 escuelas de medicina de Argentina, Colombia, México y Panamá, en la cual se obtuvieron 65 respuestas. En el año 2002 se obtuvo información de un segundo grupo de países (Bolivia, Cuba, Uruguay y Venezuela) que, en conjunto, tienen 38 escuelas de medicina. En este caso apelamos a líderes universitarios de medicina familiar de cada uno de estos países para que nos proporcionaran la información correspondiente.

Por tanto, se procesaron datos de 103 escuelas de medicina de ocho países, algunos

de cuyos resultados se presentan aquí. Dado que la reforma de los sistemas de salud, y la consecuente reforma curricular, se basan actualmente en la introducción y el fortalecimiento de la práctica y la enseñanza de la atención primaria, dentro de la cual la medicina familiar constituye el componente más importante, creemos que los datos serán relevantes para las organizaciones y personas interesadas en esas reformas. La información será también útil para futuros programas tendientes a mejorar los logros alcanzados:

1. De las 103 escuelas de medicina cuyos datos poseemos, 64 tienen cursos de medicina familiar en el currículo de grado.

Comentario. En el grupo estudiado en el año 2000, el 52% de las 64 escuelas de medicina tiene este tipo de cursos, y en el grupo estudiado en 2002, el 79% de las 38 escuelas tiene cursos de medicina familiar.

2. Tipo de estructura académica en las que se desarrollan las actividades educativas en medicina familiar. El 80% de las 64 escuelas médicas con cursos de medicina familiar en el currículo de grado tiene estructuras académicas tipo departamento o cátedra.

3. Calificación de los docentes de medicina familiar. En el 94% de las 64 escuelas de medicina con cursos de medicina familiar en el currículo de grado los docentes de la disciplina son médicos de familia.

Comentario. Comparando los docentes en las escuelas de medicina del grupo 1 con las del grupo 2, encontramos que en el primero una proporción de profesores no posee las calificaciones necesarias para enseñar medicina familiar, mientras que en el segundo todos los que enseñan la materia están calificados para hacerlo.

4. Es necesario profundizar en el estudio con el análisis de otros elementos: contenidos de la disciplina, grado de autonomía o independencias de las cátedras o el profesorado de medicina familiar (en algunas escuelas dependen de un departamento de una disciplina diferente como salud pública o medicina preventiva o social) y la medida de la calificación de los profesores.

En conclusión, y sorprendentemente, la medicina familiar académica está más extendida en las escuelas de medicina de América Latina que lo esperado originalmente por los investigadores que desarrollaron el estudio, pero son necesarios estudios ulteriores, tanto para cubrir el resto de

los países de América Latina, como para profundizar en el análisis de las escuelas que ya tienen este tipo de programas. La idea es que en función de estos datos se desarrolle un programa para proveer apoyo y asesoría a las escuelas de medicina que no tienen cursos de medicina familiar en el currículo de grado, pero manifestaron que desean tenerlos, y para ayudar a las escuelas que ya los tienen a perfeccionarlos. En ambos casos deben crearse mecanismos para mejorar el estatus académico de aquellos grupos de medicina familiar que no son claramente visibles en sus propias escuelas médicas. Se prevé también la necesidad de reuniones internacionales con participación de organizaciones académicas más avanzadas en las que se intercambien experiencias positivas y exitosas para evitar que el desarrollo se realice por ensayo y error. El papel de organizaciones de educación médica como FEPAFEM puede ser de gran utilidad en este proceso innovador.

J. Ceitlin

Director del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

FE DE ERRORES

En el artículo "Revisión de los antiagregantes plaquetarios y sus indicaciones en atención primaria. Ocho años después..." publicado en *Aten Primaria* 2003; 31(4):252-63 se ha detectado un error en la columna de lectura rápida (página 257). *Donde dice:* Es de uso hospitalario *debe decir* Es una especialidad farmacéutica con receta médica y visado de inspección.