

el engrosamiento de nervios periféricos y la demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes en una baciloscopia o biopsia de piel, con pérdida de anejos en los sitios afectados^{5,6}. Aparte de la clasificación clásica de Ridley-Jopling, la OMS aconsejó una clasificación operacional que distingue entre multibacilar (más de 5 lesiones cutáneas, más de un tronco nervioso afectado, bacteriología positiva) y paucibacilar (hasta 5 lesiones en piel, no más de un tronco nervioso afectado, bacteriología negativa)⁵. El tratamiento de la multibacilar consiste en la asociación de rifampicina, clofazimina y dapsona durante 12 meses, y para la paucibacilar se utiliza dapsona y rifampicina durante 6 meses.

El aumento de la movilidad poblacional ha provocado un incremento en la incidencia de casos de lepra importados de países endémicos, sin embargo, no es difícil que estos enfermos pasen desapercibidos al no sospecharse esta enfermedad. Es por ello que la lepra actualmente constituye una realidad, que debe sospecharse especialmente ante pacientes que provienen de zonas endémicas, en los que en ocasiones la alteración de sensibilidad puede mostrar el diagnóstico. Su sospecha temprana permitirá un tratamiento precoz, que evitará el desarrollo de incapacidades y/o contagios. Todo ello, unido además a la necesidad de control de los convivientes de los enfermos, le proporciona a la atención primaria un papel primordial en esta enfermedad.

Bibliografía

1. Velázquez de Castro y Sagarra A, López Bueno R, Gómez Jiménez G. Suspected leprosy [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 1997;20:107-8.
2. Alter A, Grant A, Abel L, Alcaïs A, Schurr E. Leprosy as a genetic disease. *Mamm Genome*. 2011;22:19-31.
3. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: Definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:554-63.
4. *Manual de Leprología*. Fontilles. 2013.
5. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:417-26.
6. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*. 2004;363:1209-19.

Raquel Santesteban Muruzábal^{a,*}, Amaia Larumbe Irurzun^a, Teresa Tuñón Álvarez^b e Ignacio Yanguas Bayona^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.santesteban@hotmail.com (R. Santesteban Muruzábal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.007>

Magnitud de las brechas en el diagnóstico y consejería nutricional para niños de uno a 5 años de edad en medicina familiar en México: análisis de los datos del expediente electrónico



Gaps in diagnosis and nutritional counseling of children aged 1 to 5 years in family medicine clinics in Mexico: Analysis of the electronic health records

Sr. Director:

Durante las últimas décadas los países desarrollados tienen un incremento de obesidad en los niños preescolares¹; en tanto los países en desarrollo están en etapa de transición nutricional caracterizada por la disminución de la desnutrición e incremento del sobrepeso y obesidad². Durante la niñez, la desnutrición y el sobrepeso/obesidad tienen repercusiones inmediatas y mediatas, por lo que es prioritaria la identificación oportuna y el manejo apropiado de estos trastornos nutricionales. El buen estado nutricional contribuye a una niñez saludable e incrementa la expectativa de un mejor estado de salud en edades posteriores³.

El problema de los trastornos nutricionales se ha reconocido mundialmente; no obstante, son escasos los estudios orientados a evaluar el desempeño de los servicios de salud

en lo referente a su detección, prevención y manejo. Este trabajo analizó la frecuencia del diagnóstico y consejería para los trastornos nutricionales de niños de uno a 5 años atendidos en clínicas de medicina familiar en México.

Diseño y mediciones

Se realizó un estudio transversal descriptivo en 4 clínicas de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México. Se analizaron 9.330 expedientes electrónicos de todos los niños entre uno y 5 años que asistieron al menos a una consulta con el médico familiar durante el año 2009 e incluidas en el estudio. El estado nutricional se clasificó utilizando la puntuación Z de las tablas de la Organización Mundial de la Salud sobre el índice de masa corporal (IMC) para la edad y el sexo^{4,5}. Se definieron: emaciación ≤ -2 puntaje Z del IMC, peso normal > -2 y $< +2$ puntajes Z del IMC, sobrepeso entre $\geq +2$ y $< +3$ puntajes Z del IMC, obesidad $\geq +3$ DE puntajes Z del IMC. El diagnóstico médico de trastornos de la nutrición fue confirmado por el registro de los códigos CIE-10: de E40 a E46 (malnutrición) y E66 (obesidad) en el expediente. Además, se identificó la frecuencia de consejería para los trastornos nutricionales. La información de los expedientes electrónicos fue extraída a través del lenguaje de programación SQL con revisión posterior de los expedientes de manera individual. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del IMSS.

Resultados

Utilizando los datos de peso, talla, IMC y los estándares de la OMS, se determinó que 81,3% de los niños tenían un

peso normal, 3,1% emaciación, 10,2% sobrepeso y 5,4% obesidad. La [tabla 1](#) presenta las características generales y de la atención médica en relación con el estado nutricional de los niños. Los niños acudieron 2,8 veces a consultas en promedio con el médico familiar, principalmente por infecciones. El 20,7% tuvieron consulta de control y vigilancia del crecimiento. Únicamente el 5,9% del total de niños con emaciación y el 2,1 y 5,5% del total de niños con sobrepeso y obesidad tuvieron registro del diagnóstico en el expediente. Solo el 29,9% recibieron recomendaciones alimentarias, 3,7%

recomendaciones de ejercicio físico y 1,9% fue referido al nutriólogo.

Conclusiones

Es baja la proporción de niños con trastornos de la nutrición que tiene registrado el diagnóstico y la consejería nutricional en atención primaria. Este hallazgo es una alerta para motivar que el personal de salud reciba capacitación acerca del diagnóstico y manejo de los trastornos nutricionales en

Tabla 1 Características de los niños y de su atención médica de acuerdo al estado nutricional de los niños

Características de los niños	Estado nutricional al inicio del año				
	Emaciación n = 286 (3,1%) %	Peso normal n = 7.470 (81,3%) %	Sobrepeso n = 933 (10,2%) %	Obesidad n = 495 (5,4%) %	Total n = 9.184 (100%) %
Sexo					
<i>Masculino</i>	54,5	51,0	54,8	56,8	51,8
Grupos de edad					
1 año - < 2 años	46,5	37,8	44,7	40,0	38,9
2 años - < 3 años	29,0	31,6	33,1	35,4	31,8
3 años - < 4 años	24,5	30,6	22,2	24,6	29,3
Atención para la salud					
<i>Número de consultas con médico familiar</i>					
Promedio (desviación estándar)	2,7 (2,3)	2,7 (2,3)	2,8 (2,3)	2,9 (2,3)	2,8 (2,3)
<i>Principal motivo de consultas durante el año 2009</i>					
Enfermedades infecciosas	74,1	76,4	76,0	74,7	76,2
Consulta de control y vigilancia del crecimiento y desarrollo	14,0	20,4	25,0	22,0	20,7
Diagnóstico médico de trastornos de nutrición registrado en el expediente					
<i>Peso bajo</i>	5,9	1,4	0	0	1,4
<i>Sobrepeso/obesidad</i>	0	0,1	2,1	5,5	0,6
Consejería sobre estilos de vida^a					
<i>Ejercicio</i>	3,5	3,5	4,0	7,1	3,7
<i>Dieta</i>	32,5	29,6	30,2	32,7	29,9
Dieta específica y/o envió	4,5	3,2	6,8	12,3	4,1
<i>a</i>					
<i>consulta con nutriólogo</i>					
Dieta de acuerdo a edad	17,5	14,4	13,0	14,7	14,4
Dieta indicada sin especificar la recomendación	10,5	12,0	10,4	5,7	11,4
Envío a consulta con nutriólogo	3,5	1,6	2,6	5,3	1,9

^a Consejería, se refiere a las recomendaciones de alimentación y ejercicio físico que el médico familiar otorgó. Para identificar las recomendaciones del ejercicio físico, se buscó el registro de la recomendación de fomentar juegos activos, de aumentar la cantidad de ejercicio físico, etc. En lo referente a las recomendaciones alimentarias para los niños con emaciación se buscó el registro de la indicación de dieta alta en calorías y proteínas, y para los niños con sobrepeso/obesidad indicaciones de dieta reducida en calorías, grasas, hidratos de carbono, «comida chatarra» y refrescos, y recomendaciones de mayor consumo de frutas y verduras.

la población pediátrica. Los hallazgos también sustentan la recomendación de evaluar continuamente los establecimientos de atención primaria en lo referente a la atención que los niños con trastornos nutricionales reciben. El expediente electrónico es una herramienta útil para evaluar el desempeño de los servicios de atención primaria en lo que respecta a la atención de niños con trastornos nutricionales.

Financiación

Ninguna.

Agradecimiento

Se agradece a Licenciado David Gómez Trigo por su valiosa colaboración en la programación de los datos para el análisis.

Bibliografía

1. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:1257–64.

2. Caballero B. A nutrition paradox—underweight and obesity in developing countries. *N Engl J Med.* 2005;352:1514–6.
3. Haemer M, Cluett S, Hassink SG, Liu L, Mangarelli C, Peterson T, et al. Building capacity for childhood obesity prevention and treatment in the medical community: Call to action. *Pediatrics.* 2011;128 Suppl 2:S71–7.
4. World Health Organization: Child Growth standards. Body mass index-for-age tables [consultado 12 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards>
5. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C, WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr.* 2012;15:1603–10.

Svetlana V. Doubova^{a,*} y Ricardo Pérez-Cuevas^b

^a *Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, CMN siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F., México*

^b *División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, México, D.F., México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: svetlana.doubova@gmail.com (S.V. Doubova).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.003>

Reflexiones del Grupo de Ética de CAMFiC al editorial de atención a la cronicidad



Reflections Group CAMFiC ética of editorial attention to chronicity

Sr. Director:

La lectura del editorial de Limón et al.¹ «Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria» publicado en su revista, nos ha suscitado algunas reflexiones que querríamos compartir.

La evolución demográfica en las últimas décadas y el progresivo envejecimiento tiene múltiples causas, algunas atribuibles a la mejora sanitaria y otras ligadas a la mejora de las condiciones de vida, un elemento más que demostrado, con lo cual la situación y las previsiones demográficas pueden cambiar como resultado de la crisis económica que vivimos y podría reducirse la esperanza de vida de nuestra población.

Es obvio que las personas que tienen mayores problemas de salud consumen más recursos sanitarios y el porcentaje de personas mayores más enfermas va creciendo con la edad. No parece que los datos aportados representen una sorpresa para nadie, solo cabe ver qué cuotas o posibilidad de inscribirse ofrecen las aseguradoras privadas (o cuotas elevadísimas o incluso no aceptación de la persona) para tener claro que a mayor edad, mayor gasto.

Este es el gran logro de la sanidad pública universal, ahora discutida: atender a las personas según sus necesidades, al margen de su edad, estado de salud o nivel socioeconómico.

En el editorial se habla de que las personas con enfermedad crónica avanzada «Se caracterizan por un pronóstico de vida limitado y múltiples necesidades en un modelo de atención que requiere de una mirada paliativa progresiva, que no excluye las opciones curativas y preventivas, y que exige la planificación anticipada de las decisiones (PAD)». Con ello se ratifica un principio básico de la medicina: curar, si es posible, aliviar y cuidar siempre. No creemos que se deba reducir a personas con múltiples necesidades. Creemos que es un concepto dinámico aplicable en los servicios sanitarios desde que las personas nacen hasta que mueren, revisable en cada momento y teniendo en cuenta, evidentemente siempre, los deseos de la persona enferma. En nuestro país desde hace años, en los centros sanitarios y otras instancias se ha trabajado para concienciar a la población en la utilidad de hacer conocer sus voluntades anticipadas.

No siempre las personas lo concretan en un documento escrito pero, a menudo, los profesionales más cercanos, en la atención primaria, su médico y/o enfermero de cabecera, las conocen fruto de los múltiples encuentros a lo largo de su vida. Y una parte de los pacientes mayores complejos no podrán expresar su voluntad ya que entre ellos hay pacientes con deterioro cognitivo. En estos casos es fundamental tener en consideración las personas próximas al enfermo y tener una clara visión de defender al máximo el bienestar y las voluntades de aquellos que no pueden expresarlo.

Y de nuevo, los profesionales que pueden y deben realizar esa misión son los más cercanos, eso es, los de cabecera.

Otra afirmación que plantea el editorial es «Estos pacientes... Desean ser atendidos por quien más sepa y, con frecuencia, atribuyen el liderazgo clínico a agentes no primaristas». Creemos que esta afirmación debería