

El objetivo de este trabajo es estimar, mediante regresión logística multivariable, la relación entre actividad física y prescripción de medicamentos para el dolor en personas de 65 y más años, analizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017. Se han excluido los registros con un índice de masa corporal (IMC) <18,5, y aquellos que no podían caminar 500 m ni subir o bajar 12 escalones.

El principal hallazgo de este trabajo (tabla 1) es que, en mayores de 65 años, se observa tanto una alta prescripción de analgésicos (40,1%) como una alta proporción de personas que no realizan actividad física ni en el tiempo libre ni en su actividad principal (52,1%), así como una asociación significativa entre sedentarismo y prescripción de medicamentos para el dolor⁶. Este efecto es independiente de otras variables con impacto en la prescripción de analgésicos, sociodemográficas (sexo, edad) y de estado de salud (problemas crónicos, autovaloración del estado de salud o estado funcional). Es importante señalar el efecto independiente, ajustado por la presencia de dolor, morbilidad crónica o estado funcional y de salud, tanto del número total de medicamentos prescritos como de las visitas al médico de familia en la prescripción de analgésicos.

Aunque el diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones causales, estos datos sugieren que la proporción atribuible a la falta de actividad física sería un 15% de la prescripción de analgésicos. Parece recomendable diseñar, implementar y evaluar intervenciones de prescripción de ejercicio físico, para alcanzar las recomendaciones específicas de actividad física en mayores de 65 años y que pueden consistir en actividades recreativas, desplazamientos, paseos a pie o en bicicleta, tareas domésticas, o ejercicios programados⁷, y determinar su impacto no solo en mejoras en el estado funcional y de salud, sino también en la utilización de servicios de salud (consultas, derivaciones, y prescripción de medicamentos)⁸.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Madrid; 2018.

2. Pratt M, Norris J, Lobelo F, Roux L, Wang G. The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. *Br J Sports Med.* 2014;48:171–3.
3. Woodcock J, Franco OH, Orsini N, Roberts I. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol.* 2011;40:121–38.
4. Olsson SJ, Borjesson M, Ekblom-Bak E, Hemmingsson E, Hellenius ML, Kallings LV. Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2015;15:687.
5. Law LF, Sluka KA. How does physical activity modulate pain? *Pain.* 2017;158:369–70.
6. Silva LJ, Azevedo MR, Matsudo S, Lopes GS. Association between levels of physical activity and use of medication among older women. *Cad Saude Publica.* 2012;28:463–71.
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2019 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [consultado 6 May 2019]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
8. Sanchez A, Bully P, Martinez C, Grandes G. Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. *Prev Med.* 2015;76 Suppl.:S56–67.

Antonio Sarría-Santamera^{a,b,c,*}, Inmaculada Gómez^d y Mar Polo^{c,e}

^a *Nazarbayev University School of Medicine, Nur-Sultan, Kazajistán*

^b *IMIENS-UNED, Madrid, España*

^c *REDISSEC, Madrid, España*

^d *Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España*

^e *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

antonio.sarria-santamera@email.nu.edu.kz

(A. Sarría-Santamera).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.006>

0212-6567/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anemia ferropénica en la premenopausia



Ferropenic anemia in premenopause

Sr. Editor:

La causa más frecuente de la existencia de anemia es la deficiencia de hierro, que puede originar anemia ferropénica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre un total de 1.500 y 1.740 millones de personas en el mundo padecen anemia ferropénica, lo que supone el 24,8% de la población¹.

Las pérdidas menstruales hacen de las mujeres en edad fértil uno de los principales grupos de riesgo de padecer anemia ferropénica².

El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar la prevalencia de anemia ferropénica entre las mujeres de 18 a 35 años que fueron atendidas en los centros de salud de la Dirección Asistencial Centro en Madrid, durante los años 2010 a 2015. Se accedió a consult@web, herramienta del Servicio Madrileño de Salud que permite acceder a datos basados en las historias clínicas de los 49 centros de salud adscritos a dicha Dirección Asistencial. Se buscó el número de pacientes de sexo femenino, de 18 a 35 años que durante los años 2010 a 2015 estaban diagnosticadas de anemia ferropénica (código B80 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP-2), y se recogieron también los códigos CIAP-2 de otros procesos que podrían relacionarse con el diagnóstico de anemia ferropénica, con independencia de la menstruación. El estudio fue aprobado por la Comisión Local de Investigación de la Dirección Asistencial Centro del Servicio Madrileño de Salud.

Tabla 1 Número y proporción de mujeres de 18 a 35 años adscritas a la Dirección Asistencial Centro atendidas durante los años 2010 a 2015 en sus respectivos centros de salud que presentaban algún episodio de anemia ferropénica o de anemia ferropénica en combinación con otros procesos relacionados

Dirección Asistencial Centro: 2010-2015		
	Número de pacientes mujeres entre 18-35 años	% de mujeres de 18-35 años atendidas en los CS
Número de pacientes mujeres entre 18-35 años		189.495
Número de pacientes mujeres entre 18-35 años atendidas		161.315
Anemia ferropénica	6.321	3,92
Anemia ferropénica + talasemia	20	0,01
Anemia ferropénica + úlcera duodenal	9	0,01
Anemia ferropénica + úlcera péptica	5	0,00
Anemia ferropénica + Crohn/colitis ulcerosa	16	0,01
Anemia ferropénica + enfermedad celiaca	64	0,04
Anemia ferropénica + fumadora	103	0,06
Anemia ferropénica + hipertiroidismo	58	0,04
Anemia ferropénica + hipotiroidismo	425	0,26
Anemia ferropénica + diabetes mellitus	77	0,05
Anemia ferropénica + hematuria	30	0,02
Anemia ferropénica + insuficiencia renal	8	0,00
Anemia ferropénica + embarazo deseado confirmado	837	0,52
Anemia ferropénica + amenorrea	754	0,47
Anemia ferropénica + menopausia	5	0,00
Anemia ferropénica sin otras causas	3.910	2,42

El número de mujeres de 18 a 35 años adscritas a la Dirección Asistencial Centro durante los años 2010 a 2015 era de 189.495. De las 161.315 mujeres que fueron atendidas en sus respectivos centros de salud, 6.321 (3,92%) fueron diagnosticadas de anemia ferropénica. En la [tabla 1](#) se presenta su distribución en función de si presentaban algún episodio de anemia ferropénica o de anemia ferropénica en combinación con otros procesos relacionados. Llama la atención que el embarazo es la principal causa asociada a la anemia (n=837; 0,52% de las mujeres atendidas). Es importante destacar que, de todas las mujeres que presentaban anemia ferropénica, el mayor porcentaje (61,8%) es el de las que no tenían su anemia asociada a otras causas y se puede afirmar que se debía únicamente a las pérdidas menstruales.

Como principal punto fuerte de este trabajo podríamos destacar el gran volumen de población diana estudiada. Supone prácticamente la cuarta parte (23,4%) de la población femenina entre 18 y 45 años de la Comunidad de Madrid (y el 47% de la capital). Al no haber trabajado con una muestra, considerando todo el universo de estudio, se minimiza el error aleatorio y se mejora la validez externa de los resultados.

Nuestros resultados muestran que existe un porcentaje importante, que no puede excluirse, de mujeres premenopáusicas con anemia ferropénica. Teniendo en cuenta que la deficiencia de hierro tiene consecuencias muy adversas para la salud³⁻⁵, es necesario que los médicos de atención primaria estén muy atentos a la

posible presencia de esta patología. En el caso de las mujeres premenopáusicas se debe en la mayoría de los casos a la presencia de la menstruación sin otras causas. También debe prestarse especial atención a las mujeres embarazadas.

Bibliografía

- McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. World-wide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. *Public Health Nutr.* 2009;12: 444-54.
- Hallberg L, Hogdahl AM, Nilsson L, Rybo G. Menstrual blood loss - a population study. Variation at different ages and attempts to define normality. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1966;45: 320-51.
- Le CHH. The prevalence of anemia and moderate-severe anemia in the US population (NHANES 2003-2012). *PLoS One.* 2016;11:1-14.
- Johnson-Wimbley TD, Graham D. Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. *Therap Adv Gastroenterol.* 2011;4:177-84.
- Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood.* 2014;123:615-24.

Pilar Zazo^a, Mercedes Rubert^b, Angel Alberquilla^c y Concepción de la Piedra^{d,*}

^a *Centro de Salud de Campamento de la Dirección Asistencial Centro de la Comunidad de Madrid, Madrid, España*

^b *Equipo de Soporte Hospitalario. Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España*

^c *Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (i+12), Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Madrid, España*

^d *Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto de Investigación Sanitaria de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cpiedra@fjd.es (C. de la Piedra).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.008>

0212-6567/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hiperémesis cannabinoide durante la gestación: a propósito de un caso



Cannabinoid hyperemesis syndrome during pregnancy: A case report

Sr. Editor:

El cannabis es la droga ilícita utilizada con mayor frecuencia durante el embarazo^{1,2}. Su consumo de forma continuada puede conducir a un cuadro clínico conocido como síndrome de hiperémesis cannabinoide (SHC), que se presenta habitualmente con dolor abdominal, náuseas y vómitos recurrentes, y remite característicamente con duchas de agua caliente, siendo escasamente eficaces los antieméticos habituales (metoclopramida y ondansetrón)^{2,3}.

Su aparición durante el embarazo no es infrecuente, si bien el diagnóstico a menudo se retrasa debido a los síntomas inespecíficos de náuseas y vómitos, que se producen también en la hiperémesis gravídica al principio de la gestación².

Mujer de 24 años, gestante de 8 semanas, con antecedentes personales de trastorno de ansiedad, y 2 abortos tardíos previos por incompetencia cervical, que acudió al Servicio de Urgencias refiriendo molestias abdominales difusas en los últimos días, a lo que se había añadido en las últimas horas náuseas y vómitos. En la valoración inicial la paciente estaba afebril, no refería clínica miccional, sangrado vaginal ni leucorrea patológica, dolor suprapúbico ni pélvico. No se objetivaban alteraciones en la analítica sanguínea básica.

Durante su estancia en Urgencias, se le administró ranitidina, metoclopramida y ondansetrón intravenosos, persistiendo los vómitos. Se produjo mejoría clínica al cabo de unas 12 horas, periodo en el que la paciente solicitó en reiteradas ocasiones duchas de agua caliente, que aseguraba que le aliviaban las náuseas y los vómitos.

Ante la sospecha clínica de SHC, se realizó una anamnesis dirigida, en la cual la paciente reconoció consumir habitualmente cannabis, aunque no en la última semana. Se realizó cribado de drogas en orina, cuyo resultado fue positivo para cannabis. Una vez conseguida la tolerancia oral la paciente fue dada de alta, aconsejándosele la suspensión del consumo de cannabis. A pesar de ello, en las semanas siguientes acudió a Urgencias por el mismo cuadro clínico en 4 ocasiones. Finalmente, en la semana 23 consultó en Urgencias por diná-

mica uterina que culminó en un parto precipitado de un feto mujer cuyo fallecimiento se produjo a las 12 horas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, debido a complicaciones derivadas de su prematuridad extrema.

Solo hemos encontrado 4 casos de SHC durante la gestación publicados en la literatura científica^{2,4}. Es probable que tanto entre médicos de Atención Primaria como ginecólogos y matronas exista poco conocimiento sobre este síndrome, siendo infradiagnosticado o interpretado en la mayoría de los casos como parte de los síntomas y signos de la hiperémesis gravídica. Por ello debemos tenerlo presente en las embarazadas al realizar la anamnesis sobre posibles causas de vómitos. Así, la banalización de su consumo, cuando no su promoción bajo la denominación de «cannabis medicinal», hacen que su diagnóstico sea cada vez más frecuente y que comience a disminuir el periodo de latencia entre el inicio del consumo y la aparición del SHC, el cual en su inicio se estableció en torno a los 20 años.

Por otro lado, el abuso de duchas de agua caliente de forma prolongada durante el primer trimestre de la gestación se ha asociado con defectos del tubo neural, atresia esofágica, onfalocelo y gastrosquisis⁵. Además, pueden conducir a hipotensión y un mayor riesgo de caídas, así como vasodilatación cutánea, con la consiguiente desviación del flujo sanguíneo de los órganos maternos y el feto, y aumento en la liberación de hormona antidiurética y oxitocina, lo que incrementa el riesgo de parto prematuro⁴.

Existe bajo nivel de evidencia de que el uso de capsaicina en pomada y droperidol intravenoso yugulen los vómitos en el SHC, aunque por ahora parecen alternativas terapéuticas eficaces. No hemos encontrado en la literatura casos de uso de estos fármacos y su nivel de seguridad en el embarazo. Sin embargo, el mejor tratamiento del SHC es el cese del consumo de cannabis^{2,3}.

Este caso muestra que debemos considerar el diagnóstico de SHC en la embarazada que consulte por vómitos. Es necesario, además, el refuerzo de la educación sanitaria y el asesoramiento desde el ámbito de la Atención Primaria como componentes cruciales para el tratamiento exitoso de la deshabitación y la prevención de este síndrome.

Bibliografía

1. Volkow ND, Compton WM, Wargo EM. The risks of marijuana use during pregnancy. *JAMA*. 2017;317:129–30.