

mejores resultados analíticos los ofrecen los DCG, pero en cambio se decantaron por los ACG.

Por otro lado, existe una clara demanda por añadir determinantes psicosociales o depurar la herramienta en ámbitos donde es conocido que no acaban de funcionar correctamente (como en el caso de salud mental). Y es aquí donde una herramienta propia presenta una ventaja determinante sobre las demás: su flexibilidad y su capacidad de adaptarse a nuestro sistema sanitario mediante las diferentes evoluciones que ya estamos desarrollando.

Bibliografía

1. Inoriza JM, Carreras M, Pérez-Berrueto X, Coderch J. Los grupos de morbilidad ajustados: un debate pendiente. *Aten Primaria*. 2017;49:437-8.
2. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med*. 2012;10:134-41.
3. Vivas-Consuelo D, Usó-Talamantes R, Trillo-Mata JL, Caballer-Tarazona M, Barrachina-Martínez I, Buigues-Pastor L. Predictability of pharmaceutical spending in primary health services using Clinical Risk Groups. *Health Policy*. 2014;116:188-95.
4. Inoriza JM. Morbilidad, utilización de recursos y costes sanitarios en la comarca del Baix Empordà [tesis doctoral]. Girona: Universitat de Girona; 2015. Disponible en: www.tdx.cat/handle/10803/301435
5. Orueta JF, Nuño-Solinis R, Mateos M, Vergara I, Grandes G, Esnaola S. Predictive risk modelling in the Spanish population:

A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:269.

6. The Johns Hopkins ACG[®] System Version 11.0 Technical Reference Guide.
7. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical Risk Groups (CRGs). A classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care*. 2004;42:81-90.
8. Monterde D, Vela E, Clèries M, y grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:674-82.

David Monterde^{a,*}, Emili Vela^b y Montse Clèries^b

^a *Oficina de Estadística, Sistemas de Información, Instituto Catalán de la Salud, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

^b *Unidad de Información y del Conocimiento, Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dmonterde@gencat.cat (D. Monterde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.002>
0212-6567/

© 2017 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/>).

Comentario al artículo «Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia»



Comment to the article «The ability of family doctor detecting psychiatric pathology»

Sr. Editor:

He leído con interés el artículo de Garrido-Elustondo et al.¹, publicado en el anterior número de la revista sobre la capacidad de detección de patología psiquiátrica por parte del médico de familia y me surgen algunos interrogantes y algunas matizaciones que me gustaría comentar.

Esta carta no pretende ser una crítica al trabajo realizado por los autores, pues el riesgo de aparición de sesgos es intrínseco a toda investigación clínica, ya que a menudo se trabaja con variables poblacionales e individuales difíciles de controlar.

Empezaré por la duda: ¿el médico busca activamente patología psiquiátrica o la detección de esta es en función de la sintomatología que refieran? Los médicos de atención primaria buscamos etiologías en función de los síntomas relatados. Si en el estudio el médico no ha realizado una búsqueda activa de patología psiquiátrica en todos los pacientes vistos, sino que se limita a detectarla en función

de los síntomas relatados y comportamientos observados en la consulta, mientras que las investigadoras entrenadas sí lo hacen, ¿no cabría esperar un sesgo de información?

Lo segundo una matización al fragmento del apartado de discusión donde se menciona la escasa concordancia entre los diagnósticos de patología mental realizados entre Atención Primaria y Unidades de Salud Mental (USM)². Los estudios mencionados no se refieren a la capacidad de detección de patología psiquiátrica sino a la coincidencia en la tipificación de la misma, lo cual no implica la ausencia de detección de dicha patología por parte del médico de familia.

Finalmente señalar que cuando se dice que el médico de familia muestra una habilidad discreta en la detección de patología psiquiátrica comparado con un investigador externo, resaltar que ese investigador externo es un cuestionario estandarizado, no una persona física. Una lectura rápida del texto podría hacernos pensar que se están comparando 2 categorías profesionales y no es el caso.

Bibliografía

1. Garrido-Elustondo S, Reneses B, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M. Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. *Aten Primaria*. 2016;48:449-57.
2. Landa Gonzalez N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Armayo E, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008;40:285-9.

M. Angeles Galiano Leis

Punto de Atención Continuada (PAC) de Verín, Gerencia de Atención Integrada de Ourense-Verín-O Barco, Ourense, España

Correo electrónico: angeles.galiano.leis@sergas.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.009>
0212-6567/

© 2017 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/>).

Trombosis de la vena yugular interna en paciente portadora de marcapasos



Internal jugular vein thrombosis in a patient with internal pacemaker

Sr. Editor:

Se presenta un caso clínico de trombosis de la vena yugular interna asociada a cable de marcapasos, cuya relevancia radica en la escasa documentación de casos similares, sumada a la importancia de su sospecha precoz desde atención primaria ante un cuadro de dolor e inflamación en la región lateral del cuello.

Se trata de una mujer de 83 años, hipertensa, portadora de marcapasos VDDR implantado 20 días antes, por bradicardia secundaria a bloqueo auriculoventricular, que acudió de urgencias al centro de salud por un cuadro de dolor cervical izquierdo y disfagia de 4 días de evolución, acompañado de aumento de volumen latero-cervical izquierdo, enrojecimiento local, limitación de los movimientos cervicales, palpitations y debilidad generalizada. En la exploración física destacaban: empastamiento del área yugulodigástrica y yugular local, eritema local, torticollis; contractura del músculo esternocleidomastoideo izquierdo; en orofaringe se objetivó: hiperemia, edema de pilar amigdalino anterior izquierdo, y pared faríngea lateral izquierda. La paciente fue derivada a otorrinolaringología de urgencias para realización de laringoscopia indirecta y analítica bajo la sospecha de absceso parafaríngeo.

En la laringoscopia indirecta se constató abombamiento de la pared lateral faríngea hasta fondo de seno piriforme izquierdo que quedaba colapsado. En la analítica destacaba: PCR 152,5, fibrinógeno 797; sin leucocitosis, (la sospecha de absceso ya no era del todo convincente). Se solicitó una tomografía cérvico-facial constatándose un aumento de calibre de la vena yugular interna con defecto de repleción compatible con trombo (fig. 1), extendido desde el golfo de la yugular hasta confluencia con la vena subclavia izquierda, que abombaba sobre la luz de la pared lateral de la faringe.

La trombosis venosa profunda en región cervical supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica venosa¹.

En una búsqueda realizada en PUBMED con los descriptores: «Jugular Veins», «Thrombosis» y «Pacemaker, Artificial» hemos encontrado escasas referencias. Arhi CS et al.², describen un caso de trombosis yugular asociado a cable de marcapasos. Faber, Grom y Zehender³ así como Fitzgerald and Leckie⁴ relatan casos similares asociados a marcapasos.

La trombosis yugular clásicamente se ha asociado con infecciones odontógenas, otológicas y faríngeas (síndrome de Lemierre)^{1,5}. Las etiologías planteadas con mayor frecuencia en la actualidad son: daño en la pared vascular (bien asociado a catéteres centrales, marcapasos, hemodiálisis, cirugía cervical o a consumo de drogas por vía parenteral), alteraciones de flujo y alteraciones de la composición de la sangre^{1,6} tales como estados de hipercoagulabilidad: ingesta de anticonceptivos orales, hiperestimulación ovárica, síndrome antifosfolípido, secundarios a neoplasias (síndrome de Trousseau), coagulación intravascular diseminada o enfermedades sistémicas como lupus eritematoso⁷. Además hay casos descritos secundarios a traumatismos cervicales y realización de ejercicio físico extremo (síndrome de Paget-Schroetter)⁶. Excepcionalmente resulta idiopática o espontánea⁶.

Su forma de presentación habitual suele ser tumefacción y dolor cervical, signos inflamatorios próximos al músculo esternocleidomastoideo, limitación funcional, odinofagia,



Figura 1 Corte axial de tomografía computarizada cervical con contraste intravenoso a nivel de mandíbula, hioides y cuernos superiores de cartilago tiroideo en el que se visualiza la vena yugular interna izquierda completamente trombosada, con el interior del vaso hipodenso y una captación en anillo (punta de flecha). El seno piriforme izquierdo está colapsado (flecha), comparado con el derecho, en el que se objetiva una imagen con densidad aire.