

dianete tres infiltraciones en ambos túneles, con un intervalo de 15 días entre cada una de ellas, manteniéndose la descarga con férulas. El paciente queda asintomático tras las infiltraciones.

Transcurrido un año del inicio del cuadro, el paciente acude a consulta refiriendo de nuevo parestesias similares en ambas manos. Además ha observado que las manos y los pies le han crecido, habiendo aumentado el número del calzado. Ante la sospecha de acromegalia se envía al paciente a consulta externa de endocrinología, donde, tras la realización de pruebas complementarias, se establece el diagnóstico definitivo de acromegalia secundaria a microadenoma hipofisario. En la actualidad el paciente está pendiente de ser intervenido neuroquirúrgicamente.

El síndrome del túnel del carpo es la mononeuropatía por atrapamiento más frecuente. Afecta a un 1-3% de la población, constituyendo un motivo de consulta relativamente frecuente en atención primaria. La relación mujer/varón es de 4/1, y predomina en adultos entre los 45 y 55 años¹. Con frecuencia es bilateral, afectando más a la mano dominante. El 45% son idiopáticos y en el 55% restante se asocia a una enfermedad que debe ser investigada. Los microtraumatismos del carpo son la causa más frecuente, seguidos de las colagenopatías (especialmente artritis reumatoide) y las tenosinovitis. Otras situaciones asociadas son: menopausia, embarazo, hipotiroidismo, diabetes mellitus, acromegalia, amiloidosis y gota^{2,3}.

La acromegalia es un síndrome poco frecuente, que resulta del aumento crónico, inapropiado y mantenido de los niveles circulatorios de la hormona del crecimiento (GH), que *per se* o generando síntesis y liberación de factores de crecimiento (somatomedinas, IGF-1) conducen al crecimiento exagerado de las partes acras y vísceras del individuo adulto^{4,5}. Presenta una prevalencia de 30 a 70 pacientes por millón de habitantes y una incidencia de 3 a 4 por millón de habitantes/año. La edad media al diagnóstico es de 40 a 44 años y tiene una distribución similar por sexos¹. Debido al aumento en la masa de tejido subcutáneo se puede producir atrapamiento de nervios, siendo el síndrome del túnel del carpo un signo de presentación frecuente⁶. Sólo un 13% de los pacientes consultan directamente por crecimiento distorsionado de las partes acras, por lo que el diagnóstico puede pasar desapercibido durante muchos años⁷.

ANTONIA GEMA MARÍN GIL^a, TEODORO PÉREZ ARGILÉS^b
Y ROSA VILLENNA ROMERO^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Academia General Básica de Suboficiales. Tremp (Lérida). ^bMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario de la Princesa. Madrid.

^cMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de Talavera. Toledo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbert H, Martin D, Martin JB. Regulación neuroendocrina y enfermedades de la hipófisis anterior y del hipotálamo. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna (13.ª ed.). Vol 2. Interamericana. Mc Graw-Hill, 1994; 331: 2189-2193.

- Perkins AT, Morgenlander JC. Endocrinologic causes of peripheral neuropathy. Pins and needles in a stocking-and-glove pattern and other symptoms. *Postgrad Med* 1997; 102: 81-82, 90-92, 102-106.
- Kern BC, Brock M, Rudolph KH y Logemann H. The recurrent carpal tunnel syndrome. *Zentralbl Neurochir* 1993; 54: 80-83.
- Verma AK y Mahapatra AK. Pre and posoperative median nerve conduction in patients with pituitary tumour. *J Indian Med Assoc* 1994; 92: 225-228.
- Baxter MA. Acromegaly and transsphenoidal hypophysectomy: a case report. *AANA. J* 1994; 62: 182-185.
- Brick JE, Brick JF y Elnicki DM. Musculoskeletal disorders. When are they caused by hormone imbalance? *Postgrad Med* 1991; 90: 129-132, 135-136.
- Kameyama S, Tanaka R, Hasegawa A, Tamura T, Kuroki M. Subclinical carpal tunnel syndrome in acromegaly. *Neurol Med Chir Tokyo* 1993; 33: 547-551.

El proceso de interconsulta en atención primaria. A propósito de un caso

Sr. Director: Una de las responsabilidades más importantes del médico de familia consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos disponibles. Sin la atención continuada que éste ofrece, la atención fragmentada e incoordinada puede ser peligrosa y conducir a una mala utilización de los recursos. La comunicación eficaz con los colegas es, por tanto, una habilidad esencial en medicina de familia y si falta esto puede ser tan peligroso para el paciente como un error diagnóstico o de tratamiento¹.

Vamos a describir los distintos cauces de comunicación que se establecen entre la atención primaria y la especializada cuando existe una buena comunicación entre ambas. Para ello nos serviremos del tratamiento clínico de un caso particular.

Paciente de 83 años con antecedentes de ex fumador y ex bebedor importante. Diagnosticado de hepatopatía enólica hace 10 años, no ha seguido controles. Presenta una hernia inguinal derecha no intervenida y está estreñido. Independiente para las actividades diarias y su estado cognitivo es excelente.

Acude al centro por presentar los 4 días previos pérdida de fuerza en la mano izquierda junto con mareo (sin giro de objetos), inestabilidad y sensación de falta de aire al caminar. Se deriva al hospital de forma urgente con un informe para descartar ictus y posible tromboembolismo pulmonar (TEP). Ésta es una primera interconsulta dirigida a atención terciaria.

En el hospital es diagnosticado de infarto lacunar con síndrome motor puro descartándose el TEP y es remitido a su domicilio con tratamiento antiagregante. En la analítica que se le hizo presentaba leucocitos bajos (3.500), hemoglobina de 12 mg/dl con VCM normal y unas plaquetas de 92.000.

El paciente solicita una visita médica a domicilio 8 días después por presentar importantes dolores generalizados, astenia, anorexia y epistaxis ocasional. Además con-

tinúa con mareo y presenta aumento de la inestabilidad en la marcha. A la exploración física destacan escasos crepitantes en la base pulmonar izquierda, leve dolor abdominal difuso con hepatomegalia de unos dos traveses de dedo, y tacto rectal normal. Se realiza una segunda interconsulta, remitiendo de nuevo un informe a urgencias del hospital para realizar otra analítica ese mismo día. Tras ser valorado allí lo remiten a su domicilio con el diagnóstico de infección respiratoria, pautándole amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral. En la nueva analítica presentaba incremento de la anemia (Hb 10,2 mg/dl). El paciente persistió con la clínica descrita pasando a tolerar sólo los líquidos y abandonando el antibiótico, por lo que se le realiza en su domicilio una analítica más completa una semana después, presentando un incremento de la pancitopenia con anemia normocítica-normocrómica, ferritina de 3.006 y VSG de 92; así mismo, aumentan los parámetros que orientan a lisis celular (K 5,4, LDH 2.650 y ácido úrico 9,3); aumenta la creatinina (1,2) y urea (89); las serologías a virus de hepatitis B y C y la sangre oculta en dos muestras de heces fueron negativas; el proteinograma sérico, el ácido fólico y la vitamina B₁₂ eran normales. Con la sospecha de un proceso neoplásico se decide hacer una tercera interconsulta, esta vez telefónicamente, con un internista del hospital de referencia. Éste sugiere también como altamente probable la existencia de un tumor maligno diseminado y, de acuerdo con él y con la familia del paciente, se decide el ingreso a través de urgencias en el servicio de medicina interna.

Se llega así al diagnóstico etiológico de adenocarcinoma gástrico con infiltración tumoral extensa de médula ósea. Dado que el paciente iba a requerir cuidados paliativos y la familia quería que éstos se realizaran en su domicilio, contactaron con el médico de cabecera para organizar los mismos enviándole además un informe escrito. Estos cuidados se planificaron conjuntamente con enfermería.

El uso apropiado de los métodos de interconsulta por parte del médico de familia es un arte que contribuye a mejorar el cuidado del paciente². Esto implica, por un lado, la correcta selección del consultor. En esta elección puede también participar el paciente; para esto debe estar bien informado de los motivos por los que se le envía a otra consulta, lo cual además ayuda a que no lo perciba como una forma de rechazo. Además, es necesario una adecuada transmisión de información al consultor: hay que dejar claro lo que se busca con la consulta y aportar los hallazgos y pruebas realizadas hasta ese momento con el fin de evitar la duplicación y la demora. Por último, el médico de familia tiene la obligación de valorar si el tratamiento del paciente ha sido adecuado o no para remitir de nuevo a éste a otro consultor si fuera preciso. Esto en ocasiones es difícil de valorar si el consultor no mantiene informado al médico de cabecera^{1,2}.

Existen dos mecanismos de interconsulta.

La interconsulta propiamente dicha es la búsqueda de una segunda opinión para un problema dado sin que se

traspase la responsabilidad del tratamiento del mismo. Ésta puede ser formal: normalmente se realiza por escrito, o informal: por teléfono, por los pasillos, en la cafetería, etc. La forma ideal de comunicación, pero irrealizable la mayoría de las veces, sería que ambos médicos vieran al paciente juntos^{1,2}.

La derivación es la transferencia a otro profesional de un problema específico, de diagnóstico y/o tratamiento, para que asuma el control. En otras ocasiones se deriva por solicitud del propio paciente o para confirmar un diagnóstico o plan de tratamiento^{1,2}. El médico de familia no debe olvidar que se va a seguir ocupando del manejo global del paciente y que constituir su primer contacto implica ser el principal responsable y no sólo el primer médico con el que el paciente contacta^{2,3}. Por eso hay que evitar lo que se ha llamado “confabulación del anonimato”⁴, que ocurre cuando ninguno de los dos médicos, el consultor y el que consulta, se responsabilizan del paciente, o cuando en un equipo no está claro quién es el principal responsable de su tratamiento (derivación fragmentada)². En otras ocasiones son enviados de un especialista a otro sin pasar antes por la consulta del médico de cabecera (derivación cruzada), siendo estudiados de manera parcelada sin integridad alguna^{2,5}. Esta atención fragmentada es contraria al planteamiento integral de la atención primaria⁶.

En el caso que hemos expuesto, las dos primeras consultas fueron derivaciones formales con un informe escrito al servicio de urgencias hospitalario, con las que se traspasaba la responsabilidad del tratamiento del paciente. En nuestra opinión, la segunda valoración hospitalaria no fue correcta y vuelve a ser el médico de cabecera el responsable que decide hacer una tercera interconsulta, esta vez informal (telefónica).

Finalmente es el consultor el que deriva de nuevo al paciente con su médico de cabecera tras comentar el caso directamente con éste y ponerse de acuerdo en su tratamiento. A su vez emite un informe escrito en el que se comenta el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Aquí ha habido un correcto *feedback* de información entre ambos sanitarios. Cuando éste falla, es la causa más frecuente de que el médico que consulta deje de derivar a sus pacientes y busque otro consultor. Además, se ha visto que el proceso de consulta suele ser más exitoso cuando hay un intercambio de información personalmente y no sólo por escrito². Igual de importante es una correcta intercomunicación directa con el personal de enfermería para que ambos sanitarios adquieran un conocimiento global del paciente, proporcionando así la ayuda adecuada en este caso⁷.

Es importante asumir las propias limitaciones y no ver el proceso de consulta y derivación como un fracaso personal. Siempre que se detecte cualquier duda entre la familia y/o el paciente, es aconsejable sugerir la posibilidad de consultar con otro colega: una consulta a tiempo tiene menos probabilidades de dañar la confianza del paciente en nosotros que una consulta hecha tarde^{1,2}. Este proceso hay que verlo, además, como una oportunidad de

aprendizaje y no como una relación de inferior-superior. El conocimiento especializado y la experiencia del consultor se equilibran con el conocimiento que tiene el médico de familia del paciente y de su enfermedad. Así pues, también se debe aceptar la posibilidad de que el consultor se equivoque¹. Por esto, no es correcto seguir aquellas indicaciones que no satisfacen totalmente sólo porque hayan sido hechas por el especialista y por tanto el "experto", ya que esto podría repercutir en un incorrecto tratamiento del paciente⁴.

Conforme la atención primaria se ha ido desarrollando y mejorando su calidad se ha visto que hay que mejorar la relación con los otros niveles asistenciales, ya que sin una adecuada coordinación el resultado final nunca podrá ser el óptimo. Sería interesante impulsar un modelo de trabajo en equipo entre los distintos niveles de asistencia basado en la comunicación personal, con unidad de criterios y objetivos comunes cuyo principio fundamental sea la toma de decisiones conjuntas. Esto podría llevar a la creación de circuitos para los flujos de pacientes urgentes, preferentes, programados, así como la realización de exploraciones e ingresos directos de una forma reconocida y apoyada por las direcciones de los centros. Estos programas de cooperación no sólo podrían conseguir mejores resultados sino una mayor satisfacción y calidad de vida del paciente y un menor coste de los recursos empleados⁵.

Agradecimiento

Queremos agradecer al Dr. Antonio Ramos del Servicio de Medicina Interna III del Hospital Clínica Puerta de Hierro su colaboración en el tratamiento de este paciente.

M. PILAR SANZ CARABAÑA, CRISTINA GONZÁLEZ SÁNCHEZ,
CARMEN LATORRE DE LA CRUZ
Y SANTIAGO CASTELLANOS REDONDO
Centro de Salud de Torreldones. Área 6 (Madrid).

BIBLIOGRAFÍA

1. McWhiney IR. Consulta y derivación. En: McWhiney IR, editor. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros, S.A., 1995; 341-345.
2. Rakel RE, Williamson PS. Use of consultants. En: Rakel RE, editor. Textbook of Family Practice (3.ª ed.). Filadelfia: W.B. Saunders, Co., 1984; 190-197.
3. Martín Zurro A, Huguet M, García Cardona F La organización de las actividades en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.ª ed.). Barcelona: Doyma Libros, S.A., 1994; 34-47.
4. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Londres: Pitman Medical Publishing, 1964.
5. Suberviola VJ. Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad. Aten Primaria 1999; 23: 57-59.
6. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.ª ed.). Barcelona: Doyma Libros, S.A., 1994; 3-13.
7. Martín Zurro A. El equipo de Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.ª ed.). Barcelona: Doyma Libros, S.A., 1994; 48-57.