



CARTAS AL DIRECTOR

Es importante consignar la fecha de realización de una prueba o intervención en los informes de petición de citología ginecológica

It is important to record the date of performing a test or intervention in a Gynaecological Cytology application

Sr. Director:

Como patólogo, con labor asistencial en distintas áreas de Atención Primaria y tras numerosas charlas con compañeros de profesión de distintos puntos del país, puedo afirmar que aquello que en un primer momento consideré simple curiosidad o vicio perpetuado no es más que una constante en muchos centros de Atención Primaria dedicados a la Planificación Familiar. Me refiero a la frecuente omisión de la fecha de realización de un estudio citológico ginecológico. Si bien menos frecuente que la propia omisión de la fecha de la última regla de la paciente, dato de gran relevancia a la hora de evaluar con precisión los extendidos citológicos, se trata de un dato de suma importancia por cuanto habilita y valida otros datos de menor relevancia que sin embargo no suelen omitirse. Parece esta, a priori, una reivindicación sin fundamento, pero intentaré seguidamente justificar su exposición en esta sección. Desafortunadamente, en muchas ocasiones la presión asistencial imposibilita el cumplimiento de los tiempos de respuesta diagnóstica, fenómeno no desconocido en el caso de las citologías ginecológicas correspondientes a los programas de cribado de cáncer de cuello uterino; ello conlleva necesariamente retrasos diagnósticos, con frecuencia prolongados. A la hora de afrontar el abordaje diagnóstico de dichas muestras, se

puede haber perdido la perspectiva del día en el que se tomaron, con la consiguiente pérdida de una información básica para calcular el día del ciclo en el que se encontraba la paciente. El encasillamiento de la paciente en una fecha del ciclo es fundamental para la correcta interpretación de los extendidos. Un fenómeno similar, con idénticas consecuencias, es omitir la fecha de la última regla.

Curiosamente, son frecuentes los casos en los que no se es riguroso a la hora de anotar la fecha de la toma, incluso la de la fecha de la última regla, observándose en los impresos de petición fechas imposibles, de un tiempo pasado e incluso de un tiempo futuro: la fecha de la última regla siempre es anterior a la de la toma de la muestra (como mucho es coincidente).

Podemos asimismo poner de manifiesto la importancia que dicha fecha supone a la hora de calcular el propio retraso diagnóstico, tan de moda hoy día en que se han puesto en marcha procesos asistenciales que pretenden regular las demoras.

Es, por tanto, un dato importante al que no se le da el valor que verdaderamente merece. Como patólogo y citólogo, debo añadir como colofón que la presencia de un informe de petición de estudio anatomopatológico completo (y la fecha de toma es uno de los requisitos para considerarlo completo) es de gran ayuda interpretativa y organizativa y evita pérdidas de tiempo (el empleado en localizar el dato) que repercuten directamente en los tiempos de respuesta y, por consiguiente, en la obtención de resultados por parte del paciente, principal cliente de nuestros servicios.

Francisco Javier Torres Gómez

Unidad de Anatomía Patológica, Hospital de Alta Resolución de Utrera, Sevilla, España

Correo electrónico: javiertorresgomez@yahoo.es

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.014

Incontinencia urinaria de urgencia por consumo de sobres de troxerutina **Urgent urinary incontinence due to taking troxerutine sachets**

Sr. Director

La troxerutina es un bioflavonoide estabilizador de la membrana endotelial con la consiguiente reducción de la permeabilidad capilar. Está incluida dentro del grupo de

prescripción de los vasoprotectores y la indicación clínica está en el alivio a corto plazo de los síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica¹.

La única contraindicación formal para su uso es la existencia de hipersensibilidad a sus componentes. Se recomienda un control clínico en caso de antecedentes de úlcera gastroduodenal, hemorragia grave o trombocitopenia. No se han descrito interacciones.

Sus efectos adversos son escasos^{1,2} y entre ellos no está descrita la incontinencia urinaria de urgencia (IUU).

Tabla 1 Casos clínicos

	Caso 1: mujer de 39 años	Caso 2: mujer de 67 años	Caso 3: mujer de 76 años	Caso 4: mujer de 76 años	Caso 5: mujer de 77 años
<i>Antecedentes de interés</i>	Diagnóstico de IVC desde 2000	Gonartrosis Osteoporosis IVC desde 2004 Tromboflebitis en 2006	Dislipemia Gonartrosis Diabetes tipo 2 IVC desde 2001 IUM desde 2001	Dislipemia mixta Osteoporosis Trast. mixto del estado de ánimo ERGE IVC desde 1992 IUU adecuadamente controlada con medidas higiénicas	Gonartrosis IVC desde 2002 TVP en 2004 IUE grado leve ERGE Enfermedad diverticular del colon
<i>Tratamiento farmacológico habitual.</i>	Ninguno Se le indica Venoruton en el periodo estival	Alendronato semanal Calcio y vit. D Glucosamina Paracetamol Venoruton en el verano.	Simvastatina-20 Salicílico-100 Omeprazol-20 Paracetamol 1g Tolterodina-4 Venoruton en el verano	Fenofibrato-145 Alendronato semanal Calcio y vit. D Paroxetina-20 Omeprazol-20 Paracetamol 1g Venoruton en el verano	Pantoprazol-40 Mebeverina-135 Isphagula-3500 Condroitinsulfato Paracetamol 1g Venoruton en el verano
<i>Cronología clínica</i>	A las 2 semanas de iniciar el tratamiento consulta por aparición de IUU. Más acusada en la primera mitad del día y mejoría al final del mismo. Desparece a las 24 h de retirar el fármaco y reaparece a las 24h de volver a introducirlo	Al solicitar la renovación de la medicación pide que se le «mande algo para la incontinencia» ya que todos los veranos tienen dificultad en contener la orina (la paciente lo asocia con mayor ingesta de líquidos). Se le propone comprobar si pudiera ser el Venoruton y ocurre lo mismo que en el caso 1	La paciente consulta repetidas veces por IUU, cuando hasta ahora mantenía un control adecuado con su medicación. Sospechamos el posible efecto secundario y le proponemos comprobar esta circunstancia. Vuelve a repetirse lo del caso 1 y al retirar Venoruton vuelve a su situación de partida	Ha perdido el control que previamente tenía de su IUU. No es efectiva ni tolterodina, ni solifenacina. Finalmente se le han prescrito absorbentes. Le proponemos comprobar si pudiera estar influyendo la toma de Venoruton. Tras retirarlo, vuelve a tener su control habitual y puede retirar los absorbentes	Desde varias semanas, refiere que su IU ha empeorado y ahora se asocia urgencia. Se indica Tolterodina pero sin obtener resultado. Finalmente se prescriben absorbentes. Proponemos comprobar el posible efecto de Venoruton y al retirarlo regresa a la situación de IUE sin urgencia. Puede retirar los absorbentes

ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico; IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo; IUM: incontinencia urinaria mixta; IUU: incontinencia urinaria de urgencia; IVS: Insuficiencia venosa crónica; TVP: trombosis venosa profunda.

A continuación presentamos varios casos de IUU aparecidos en el contexto de la toma de Venoruton-1000[®], una especialidad farmacéutica muy utilizada por su comodidad posológica y que contiene troxerutina como principio activo². En todos los casos la incontinencia referida es del tipo de urgencia, aparece al segundo día de estar tomando Venoruton-1000[®] y desaparece a las 24 h de dejar de tomarlo (tabla 1).

Como posible explicación en la aparición de este efecto, podríamos acudir a la relación de excipientes de Venoruton-1000[®]. Entre ellos figura el manitol¹, un diurético osmótico utilizado de forma hospitalaria para inducir la diuresis³. En este caso es una cantidad mínima, pero quizá en personas predispuestas, pueda desencadenar la aparición de IUU hasta entonces compensada por otros mecanismos. De cualquier forma, ya sea por el efecto del manitol, o por efecto de algún mecanismo de acción de las troxerutinas, algunos pacientes se ven afectados por la aparición súbita de un problema de IUU que deteriora notablemente su calidad de vida. Probablemente se trate de personas con una vejiga hiperactiva no diagnosticada previamente: de hecho, los casos que describimos se dan en personas con problemas más o menos relevantes de continencia.

El síndrome de vejiga hiperactiva se caracteriza por la presencia de urgencia miccional (aparición súbita e intensa de un deseo miccional difícil de demorar) con o sin IUU acompañante (pérdida de orina involuntaria por urgencia miccional)⁴.

Es un síndrome de elevada prevalencia en la población general: en España se habla de un 21,5% en población mayor de 40 años (25,6% en mujeres, y 17,4% en hombres)⁵. Sin embargo, se estima que solo el 13% de los pacientes afectados solicita ayuda⁶, y todo ello teniendo en cuenta que hasta el 52,1% de los pacientes con clínica compatible con vejiga hiperactiva han acudido al médico por causas relacionadas con problemas urinarios⁵.

En los casos que describimos, esta urgencia miccional sí ha ocasionado incontinencia y es esta la que ha inducido a consultar. Si tenemos en cuenta que la vejiga hiperactiva es una patología relativamente oculta, dada su alta prevalencia en la población y su bajo nivel de diagnóstico, no es de extrañar que la aparición de una IUU tras la toma de Venoruton-1000[®] sea más frecuente de lo que sospechamos, máxime cuando la queja la tengan personas de cierta edad en las que por inercia diagnóstica y/o terapéutica podemos

considerar como «normal» la aparición y persistencia de una incontinencia urinaria.

Nuestra primera sospecha la tuvimos por tratarse de una paciente joven, hasta entonces continente y en la que se descartaron causas como infección urinaria, prolapso uterino o la toma de otros compuestos (medicamentos o productos de herbolario).

No sospechar el efecto adverso puede llevarnos a los profesionales a prescribir fármacos y productos absorbentes en casos en los que no sería necesario, y a los pacientes a soportar un deterioro innecesario (y completamente evitable) en su calidad de vida.

Bibliografía

1. Agencia Española del Medicamento. Venoruton 1000 mgr Granulado para solución oral. Diciembre de 2009. Disponible en: www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm. En el link CIMA: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichastecnicas.do?metodo=buscar>.
2. Ficha técnica de Troxerutina en el Vademecum Oficial de Medicamentos. Diciembre de 2009. Disponible en: www.vademecum.es/principios-activos-Troxerutina-C05CA04.
3. Ficha técnica de manitol en el Vademecum Oficial de Medicamentos. Diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-MANITOL-B05BC01>.
4. Staskin DR, Wein AJ, Anderson K-E, Bauer SB, Blaivas JG, Burgio KL, et al. Overview Consensus Statement The First International Conferencia on New Perspectives on the Overactive Bladder. *Urology*. 2002;60(5 suppl 1):1-6.
5. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badía X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: Estudio poblacional. *Arch Esp Urol*. 2005;58:131-8.
6. Garnet S, Abrams P. The natural history of the overactive bladder and detrusor overactivity. A review of the evidence regarding the long-term outcome of the overactive bladder. *J Urol*. 2003;169:843-8.

Dolores Aroca García* y Pahola Gómez Rivas

Centro de Salud de Santomera, Área 7 de Salud, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: darocag@gmail.com

(D. Aroca García).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.009

Aceptación de la vacunación del VPH por parte de los padres de las niñas de 6.º de primaria. Un año después

Acceptance of the HPV vaccination by parents of 10-year old primary schoolgirls. One year later

Sr. Director:

Hace poco más de un año, la FDA aprobó la comercialización de la vacuna contra los serotipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, con

la finalidad de reducir la prevalencia de cáncer de cérvix en la población de los Estados Unidos. De la misma manera, las autoridades sanitarias de nuestro país aprobaron su entrada en el calendario de vacunación mediante estrategia comunitaria en las escuelas en 6.º curso de primaria, con gran aceptación por parte de los padres de las niñas de 11-12 años, tal y como publicamos en Atención Primaria¹.

Actualmente se puede afirmar que la vacuna del VPH previene la infección por VPH, pero sigue sin haber demostrado todavía protección frente a la progresión hacia la neoplasia intraepitelial cervical¹.

Parece demostrado que la administración de la vacuna ofrecerá protección contra la infección del VPH, pero los programas de prevención mediante el cribado del cáncer de