

por inmunoelectroforesis es la prueba más específica, y también útil para detectar recurrencias.

El tratamiento de la hidatidosis se basa en 4 pilares:

1. Medidas preventivas, las más importantes son la educación sanitaria, la adecuada manipulación de las vísceras animales y el control sanitario de los perros.
2. Cirugía, es el tratamiento de elección⁴, está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, infectados, de localización anatómica vital y quistes superficiales o con riesgo de rotura.
3. Técnica PAIR, consiste en la aspiración del quiste, la inoculación de un protoescolicida (etanol 95% o cetrimida 0,5%) y la reaspiración posterior, todo ello bajo control ecográfico. Estaría contraindicada en quistes calcificados o con comunicación biliar.
4. Farmacológico, actualmente el fármaco de elección para el tratamiento de la equinocosis quística es el albendazol⁵, solo o asociado a las técnicas percutáneas. Por vía oral, está indicada una dosis entre 10-15 mg/kg al día dividida en 2 dosis al día, la dosis habitual en adultos es de 400 mg/2 veces al día.

Los quistes asintomáticos inactivos o calcificados no deben ser tratados a menos que sean complicados.

En cuanto al seguimiento de los pacientes, la respuesta al tratamiento se valora mediante ecografía, TC o RM cada 3-4 meses durante un período de 3 años. En los pacientes bajo tratamiento médico con albendazol se han de realizar controles mensuales de las enzimas hepáticas y la hemoglobina debido a la toxicidad de estos fármacos.

El presente artículo revela la importancia de la ecografía en atención primaria, tanto como prueba complementaria que ayuda al manejo de la incertidumbre en las sospechas diagnósticas, como para el seguimiento de los pacientes.

Bibliografía

1. Querol Gutiérrez JJ, Ortega Martín G. Quiste hidatídico calcificado. *FMC*. 2006;13:363.
2. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, Balsa Barro J, Berbel García A, Contreras Sánchez JD, et al. Hígado, lesiones ocupantes de espacio (solitarias o múltiples). En: *Diagnóstico y Tratamiento Médico*. Green Book. Madrid: Editorial Marban; 2010. p. 1989-92.
3. Filippou D, Tselepis D, Filippou G. Advances in liver echinococcosis: Diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:152-9.
4. Schipper HG, Kager PA. Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis: An overview. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2004;241:50-5.
5. Hidalgo M, Castillo MJ, Eymar JL. Hidatidosis hepática y abscesos hepáticos. En: Berenguer M, Bruguera M, García M, Rodrigo L, editores. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. Madrid: ELBA, SA; 2001. p. 301-10.

J. González García^a, A.L. Hurtado Cabrera^b,
M.M. Serra Zamora^a y J.J. Querol Gutiérrez^{c,*}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España

^b Medicina del Trabajo, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta, España

^c Centro de Salud de Otero, Instituto de Gestión Sanitaria de Ceuta, Ceuta, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: qg9800@hotmail.com
(J.J. Querol Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.016>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Medicina de familia y universidad: ¿camino paralelos?



Family medicine and university: Parallel roads?

En referencia al reciente artículo del Dr. Suárez González¹ me gustaría, en primer lugar, felicitar por la iniciativa en sacar a la palestra este editorial por su pertinencia, importancia y transcendencia para nuestra profesión, especialidad y futuro de la sanidad nacional. Por otra parte, deseo aportar una serie de comentarios desde mi humilde experiencia como profesor asociado.

Hasta el momento, la medicina de familia y la universidad transcurren caminos que no son totalmente paralelos, ni mucho menos superpuestos. Tal y como bien dice nuestro colega, no es una asignatura obligatoria en todas nuestras facultades y mucho menos, está impartida y coordinada

íntegramente por médicos de familia con experiencia asistencial acreditada en la misma. Este punto es fundamental a mi modo de ver, pues ello es vital para poder transmitir a nuestros alumnos el sentir y la forma de actuar que tenemos en nuestro día a día.

Me encuentro en ese «loco grupo» de profesionales que no desean dejar su consulta ni labor asistencial, pues ve en ello su forma de vida y el culmen de sus aspiraciones profesionales y laborales: por ello elegí esta especialidad. Pero no por ello, quiero desvincularme de la docencia en el pregrado. Cada día estoy más convencido que el acercamiento de la primaria a las facultades induce «cambios neurológicos» permanentes e indelebles en nuestros alumnos, a pesar que sus inquietudes a la hora de decidir si van o no al MIR, y en caso afirmativo, eligieran otra especialidad distinta a familia. Ya pasaron por mi consulta y aula muchos alumnos que ya son especialistas en otras especialidades y que me han comentado que el paso por la primaria les ha servido mucho para el enfoque global de sus pacientes y poder dar consejos más acertados a los pacientes para cuando pasen por nues-

tras consultas. Continúa siendo curioso cómo cambian la forma de vernos como expendedores de recetas e informes, tal y como algunos te dicen desde su desconocimiento e incredulidad.

Bibliografía

1. Suárez González F. El médico de familia en la universidad. *Semer-gen*. 2016;42:1.

M.M. Ortega-Marlasca

Departamento de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Cádiz, Cádiz, España
Correo electrónico: manuel.ortega@uca.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.017>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Aprender medicina de la literatura



Learning medicine from the literature

Nuestros libros y programas de cardiología, medicina interna y demás áreas médicas, de los que aprendemos las competencias clínicas, apenas dicen nada de las experiencias de dolor, perplejidad, duelo o muerte, que viven nuestros pacientes y sus familias. Por ello la formación humanística, que puede dar una visión más global del paciente y su entorno¹, debe tener su sitio dentro de la formación integral del médico de familia.

La literatura escrita por buenos escritores nos enseña a tratar con el fenómeno incommensurable de la existencia humana, analizando también lo personal, lo incierto o lo ambiguo, realidades que la ciencia ignora, que no son objetivables experimentalmente, y que afloran cuando se confronta el dolor y la muerte². La literatura logra hacernos más sensibles a la naturaleza ética y a los valores, las ideas y la estética, que deben enmarcar el ejercicio clínico. En un sentido puramente práctico, leer nos hace más capaces de obtener una historia clínica con todos los detalles relevantes, considerando el significado, el contexto y la perspectiva del paciente^{1,3}. El contacto con buenos textos literarios nos facilita, también, ser claros y concisos en la expresión de nuestras ideas⁴. Esto resulta positivo en nuestra comunicación con colegas en sesiones, clases y artículos, y al tiempo nos ayuda a acercarnos al punto de vista del enfermo, a transmitir esperanza, compasión, y en definitiva a establecer un encuentro clínico empático^{1,3,4}.

A continuación recomendamos algunos títulos de la literatura universal en los que se contemplan realidades clínicas ofreciéndose una visión excepcionalmente honda sobre la condición humana:

En *La muerte de Iván Illich*, Tolstoi nos presenta la lucha intelectual y espiritual, el pensamiento caótico, el malestar y la insatisfacción de un burócrata que arrostra su final. El autor contempla de cerca la soledad y el vacío vital, y se plantea un número de preguntas sobre la vida y la muerte. Camilo José Cela abordó en *Pabellón de reposo* la enfermedad que arrastra lentamente a las personas hacia la muerte. Una novela donde los personajes, ingresados en un sanatorio de montaña, van expresando sus esperanzas, tristezas, recuerdos, deseos... Unas veces con lirismo, otras con humor, a ratos con picardía, con sorna o con apuntes naturalistas, Cela nos habla más que nada de

«los hombres que sufren con dulzura y sin desesperanza, porque una leve lucecita de ánimo alumbra todavía en el fondo de sus corazones». Archivald Joseph Cronin en *La Ciudadela* nos cuenta, con un gran conocimiento de los temas tratados, la trayectoria profesional y humana de un médico general, presentando innumerables situaciones clínicas y personales. Se abordan temas como la dedicación a los enfermos, los éxitos, las decepciones o incomprensiones y rechazos, que experimenta el protagonista. En *Dr. Arrowsmith* Sinclair Lewis plantea los conflictos de un joven e idealista científico tentado a abandonar su vocación a cambio del beneficio económico. *Morfina* es un conjunto de relatos de Mijaíl Bulgakov basados en su experiencia como médico rural, no tan distinta a la atención primaria de hoy día, vividas en su juventud. El autor describe con acierto a un médico, que duda de sus conocimientos, pero que demuestra su tesón y generosidad en los momentos difíciles. Jean-Dominique Bauby en *La escafandra y la mariposa* reflexiona con ironía, humor y psicología sutiles, acerca de la inmovilidad con la que quedó tras sufrir un ictus. Al morir su esposa, Clive Staples Lewis escribió *Una pena en observación*, un ensayo íntimo donde desde el dolor inicial el autor evoluciona hacia una posición más serena y esperanzada. Finalmente, en *El pabellón número 6* Anton Chéjov aborda con realismo y sobriedad expresiva, la amistad entre un joven paranoico recluido en un manicomio y el director del establecimiento. Estos y otros tantos libros que han abordado temas de medicina con brillantez merecen ser conocidos por estudiantes de medicina, médicos residentes y clínicos más veteranos. Leer estas obras nos ayuda a equilibrar nuestras habilidades técnicas, aumenta nuestra capacidad para examinar nuestra propia práctica clínica y para tomar decisiones complejas, al tiempo que puede llevarnos a conseguir mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción profesional².

Financiación

Luis Ayerbe recibe financiación a través de un Lectorado Clínico Académico del *National Institute of Health Research* (Reino Unido). Este artículo, por tanto, presenta una investigación independiente financiada por el *National Institute of Health Research*. Los puntos de vista expresados en él son de los autores y no necesariamente los del *National Health Service*, el *National Institute of Health Research*, o el *Department of Health* del Reino Unido. Este proyecto se ha llevado a cabo sin intervención directa del organismo financiador.