

¿Qué hacer ante un paciente con pérdida de conciencia?

M^a Carmen Martínez Altarriba

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Horta. Barcelona.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los pasos del proceso asistencial en Atención Primaria y en el área de Urgencias del paciente con pérdida de conciencia, en lo que respecta al diagnóstico y manejo urgente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- El alumno conocerá las causas de alteración del estado de conciencia reversibles.
- El alumno conocerá las causas de coma.
- El alumno conocerá los elementos fundamentales de la anamnesis.
- El alumno conocerá los elementos fundamentales de la exploración clínica y neurológica.
- El alumno conocerá las pruebas complementarias pertinentes y los criterios para solicitarlas.
- El alumno conocerá los criterios de derivación al hospital.
- El alumno conocerá el manejo urgente de la pérdida de conciencia.

A TENER EN CUENTA

Se deberán abordar en el Aula 2 situaciones diferentes para el médico de Atención Primaria:

- Actuación urgente en el momento de la pérdida de conciencia.
- El paciente acude a la consulta una vez pasada ya la pérdida de conciencia.
- Diagnóstico de la causa, diagnóstico diferencial, tratamiento y prevención de repeticiones posteriores.

PERTINENCIA DE LA ACTIVIDAD

El médico de Atención Primaria asiste en su trabajo a pacientes en situaciones urgentes, o tiene que valorar y hacer el seguimiento de estos pacientes después de haber recibido la primera asistencia en el hospital o por el dispositivo de emergencias sanitarias. La pérdida de conciencia es una de estas situaciones. Bajo esta denominación se agrupan problemas de salud graves, de evolución aguda, y otros de evolución más lenta. La conciencia no es una cuestión de “todo o nada”, sino que podemos encontrarnos con alteraciones del estado de conciencia o

con pérdidas parciales o transitorias. Esta complejidad obliga al médico a conocer las principales causas de alteración del estado de conciencia y a tener una sistemática en la historia clínica y en la exploración física y neurológica, y en las pruebas complementarias, que vaya guiando el proceso diagnóstico y descartando causas posibles en función de la gravedad. Además, no hay que olvidar que cualquier alteración del estado de conciencia en un paciente siempre es percibida como grave y tributaria de valoración médica urgente.

CONTENIDO DE CONOCIMIENTOS

Se refleja en la siguiente tabla.

1.º Grados de alteración de la conciencia
Confusión
Estupor
Coma
2.º Causas
Neurológicas
Tóxicas
Metabólicas
Traumáticas
Cardiológicas
3.º Valoración de la posible etiología
Anamnesis
Precisión del inicio del cuadro
Conocer la existencia de enfermedades asociadas
4.º Valoración inicial: vías aéreas, circulación, respiración
5.º Valoración del estado neurológico
6.º Valoración general
7.º Diagnóstico diferencial
8.º Tratamiento

METODOLOGÍA DOCENTE

Se dividirá el aula en los temas más frecuentes de pérdidas de conciencia que tiene que asistir el médico de Atención Primaria: síncope, intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico (TCE), ataque isquémico transitorio (AIT) y convulsiones.

Se impartirán dichos contenidos mediante charla tipo lección magistral, donde se expondrán los conocimientos eminentemente teóricos durante aproximadamente 1 h,15 minutos, y para valorar la mejora y/o la valoración de actitudes en los profesionales se complementarán con escenificación tipo *role playing* que ellos mismos tendrán que desarrollar.

Número de alumnos: 30.

EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la evaluación de esta aula, como hemos indicado anteriormente realizaremos una prueba previa al

aula que consistirá en 5 preguntas con 5 repuestas posibles cada una - durante el desarrollo de *rol playing* se añadirán distintas opciones a desarrollar por el grupo. Al finalizar el aula se hará otra prueba, con 10 preguntas sobre lo siguiente: síncope, intoxicaciones, TCE, AIT y convulsiones.

EQUIPO DOCENTE

Miembros del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

Juan José Gomáriz García

Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

El objetivo fundamental de este Taller es realizar un abordaje integral del paciente con pérdida de conciencia en situaciones frecuentes en Atención Primaria que requieren una atención urgente en distintos medios asistenciales: en el domicilio del paciente, en nuestro propio centro de salud (urbano o rural) y en las puertas de urgencia de los hospitales.

Entre las situaciones más comunes por las cuales los pacientes pueden presentar una alteración de la conciencia nos podemos plantear patologías tales como el síncope, convulsiones, intoxicaciones farmacológicas y, cómo no, el ictus. En el transcurso de este taller se abordarán además de las todas las anteriormente mencionadas. Para ello realizaremos una exposición teórica apoyada de casos prácticos tomados de nuestro entorno asistencial y que han sido grabados en vídeo para facilitar a los asistentes un entorno docente más completo.

¿Tratamos adecuadamente los dolores poliédricos?: manejo multidisciplinario del dolor crónico

Emilio Blanco Tarrío^a y Feliciano Sánchez Domínguez^b

^aCoordinador del Área de Tratamiento del Dolor de SEMERGEN.

^bGrupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN.

El dolor crónico es aquel que persiste incluso después de cesar la causa que lo provocó o está asociado de manera continuada a una enfermedad crónica, y es causa de sufrimiento y deterioro de la calidad de vida. El límite temporal es impreciso, pero se acepta como tal cuando su evolución es superior a los tres o seis meses. Según su causa puede ser oncológico y no oncológico, y atendiendo a su mecanismo de producción, nociceptivo, neuropático y psicógeno. Las diferentes causas y tipos

pueden estar presentes a la vez. Quizá pueda entonces denominarse “dolor mixto” o, incluso, acuñar el término de “dolor poliédrico”. En el seminario que se desarrollará se discutirán algoritmos de diagnóstico y tratamiento en distintos modelos propuestos de dolor poliédrico.

DOLOR NO ONCOLÓGICO

El dolor no oncológico es aquel cuya etiología es no tumoral. Puede ser nociceptivo y neuropático:

Dolor nociceptivo

Es característico en la artrosis y osteoporosis. Para tratar el dolor nociceptivo hay que pensar en una estrategia integrada y multidisciplinar que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y dependerá del cuadro clínico de que se trate y la valoración de cada paciente. No existe evidencia científica sobre la utilización de la escalera analgésica en dolor crónico no oncológico, si bien, es ampliamente aceptada.

La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan de inicio paracetamol por sus escasos efectos adversos y posibilidad de tratamiento continuado, sobre todo en ancianos. Cuando el dolor es refractario o hay brotes inflamatorios son de elección los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos, preferiblemente en periodos cortos. Los inhibidores selectivos de la COX-2 o coxib son también eficaces. Antes de emplear cualquier tipo de AINE, debe realizarse una estrategia conjunta de valoración del riesgo gastrointestinal y cardiovascular. Tramadol en monoterapia puede ser también una opción válida. La combinación de paracetamol y tramadol en dosis bajas puede proporcionar una analgesia útil con escasos efectos secundarios en caso de dolor leve y moderado. Los opioides mayores o “potentes” tienen su indicación en el dolor severo o muy severo refractario a otros tratamientos. Pueden asociarse a no opioides. Los trabajos existentes tienen pocos pacientes y escasa duración, y las recomendaciones son sobre todo de guías y consensos. Hay evidencia disponible con morfina de liberación retardada. Sin embargo, son muy útiles por su eficacia y comodidad buprenorfina y fentanilo, ambos por vía transdérmica.

La evidencia de la medicación coadyuvante es escasa, si bien la eficacia de los antidepresivos tricíclicos ha sido documentada en algunos síndromes. Los pacientes con depresión asociada y trastornos del sueño pueden beneficiarse de la utilización de otros antidepresivos con menos efectos secundarios.

Las terapias físicas deben ser tenidas en cuenta en cualquiera de los escalones terapéuticos. El ejercicio aeróbico es la primera línea de tratamiento en el dolor de espalda. Es también muy importante en la artrosis. Otras técnicas físicas que soportan evidencia científica son la crioterapia, las técnicas de estimulación transcutánea (TENS) y la cinesiterapia. Las terapias psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual, han demostrado también ser eficaces.

Dolor neuropático

El dolor neuropático (DN) es consecuencia de disfunción del sistema nervioso central o periférico. En la mayoría de las ocasiones es severo, persiste en el tiempo y se hace independiente de la causa que lo originó. Las etiologías son muy diversas, aunque en Atención Primaria interesan sobre todo la polineuropatía diabética, la neuralgia post-herpética y las radiculopatías. El diagnóstico es difícil, y en muchas ocasiones está asociado a un dolor nociceptivo y no es tenido en cuenta, lo que hace fracasar los tratamientos. Los síntomas varían entre pacientes que padecen el mismo trastorno y pueden modificarse con el transcurso de la enfermedad en un mismo individuo. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento.

En la clínica, los descriptores son términos que ilustran la sensación que el paciente percibe y que son característicos del DN, por ejemplo, quemazón, ráfaga, ardor, latigazo, etc. Los síntomas evocados son provocados por la exploración. La alodinia es una respuesta dolorosa a un estímulo no doloroso, por ejemplo, al calor, a la presión, a las caricias. La hiperalgesia es un aumento de la respuesta a estímulos dolorosos, por ejemplo, pinchazos, frío, calor. Las alteraciones de la sensibilidad pueden ser parestesias o sensación de adormecimiento, y las disestesias son parestesias dolorosas. No son necesarias en Atención Primaria pruebas diagnósticas complejas para establecer una elevada sospecha de DN y poder iniciar un tratamiento. Hay escalas específicas para discriminar el dolor neuropático del nociceptivo. La más recomendada por su sencillez es el cuestionario DN4.

La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no es útil. En el DN puro los AINE son ineficaces. En el DN los fármacos de primera elección son los antidepresivos y los anticonvulsivantes (FAE). La respuesta a los opioides es variable. Los que más eficacia han demostrado han sido tramadol, oxicodona, morfina y metadona, si bien los opioides potentes deben ser utilizados en pacientes seleccionados.

Dolor psicógeno

El dolor psicógeno es aquel en el que las manifestaciones somáticas de carácter subjetivo no se correlacionan con evidencia orgánica. Es casi siempre crónico, y no cede al tratamiento habitual con analgésicos. Hay diversos cuadros, secundarios o no a psicopatología. En la práctica clínica es habitual el dolor psicógeno y somático y/o neuropático. Es muy importante advertir esta dualidad, muchos fracasos en los tratamientos y yatrogenia diagnóstica y terapéutica son debidos a ello. No obstante, serán pacientes con un abordaje difícil, y la relación médico-paciente se convierte en una de las herramientas más importantes de las que dispone el médico de Atención Primaria.

Dolor en los trastornos somatomorfos

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por síntomas corporales que indican un trastorno físico, sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente, y por la presunción razona-

ble de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés. La frecuentación en consulta de estos pacientes es elevada, al menos una tercera parte de los síntomas somáticos observados en estudios de Atención Primaria y poblacionales carecen de explicación médica, y son muchos y muy diversos los motivos de consulta, con una preocupación permanente por su salud, a pesar del gran número de pruebas diagnósticas a las que se someten. El dolor es una queja habitual, y su localización es muy variable y generalmente cambiante en el tiempo.

Dolor por psicopatología

El dolor puede ser una manifestación más en los trastornos depresivos o de ansiedad, también en las psicosis. La mayoría de los pacientes con depresión o ansiedad que consultan al médico de Atención Primaria lo hacen por síntomas somáticos que carecen de explicación médica. El dolor es una manifestación frecuente. Sus localizaciones más habituales son la espalda, extremidades, cabeza, abdomen y tórax.

DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor oncológico es el provocado por el cáncer o su tratamiento. Es crónico casi siempre, con crisis recurrentes. El dolor episódico es un dolor transitorio que aparece sobre un dolor basal controlado. Aproximadamente un 50% de los pacientes con cáncer presenta dolor en algún momento de su enfermedad, aumentando la prevalencia entre un 75 a un 90% en los que padecen la enfermedad avanzada. En Oncología y en Medicina Paliativa, el dolor tiene una significación importante para el paciente y su familia, con gran impacto físico, psíquico, social y espiritual.

Los síndromes de dolor en el paciente con cáncer son muy diversos. En el 75% de los casos el dolor es debido a invasión directa del tumor, en el 20% es secundario a la aplicación de la terapia (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y hasta en un 5% de los casos el dolor no está relacionado. En Atención Primaria interesan sobre todo aquellos que son debidos a invasión tumoral, que se producen al afectar la neoplasia directamente los huesos, articulaciones, músculos, tejido conjuntivo, estructuras neurales (centrales o periféricas), vísceras y vasos sanguíneos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Argoff C. Chronic pain management in the elderly: linking mechanisms and guidelines to the realities of clinical practice. Supplement to Geriatrics. November 2005.
- Blanco E, Sánchez F Farmacología I. En: Blanco Tarrío E. Dolor en Atención Primaria. Módulo 1. Ed. Science Tools S.L.; 2008; (2). p. 47-69.
- Blanco E, Sánchez F Farmacología II. En: Blanco Tarrío E. Dolor en Atención Primaria. Módulo 1. Ed. Science Tools S.L.; 2008; (3). p. 71-98.
- Blanco E, Sánchez F. Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN. Manejo de opioides en Atención Primaria. IMC; 2005.
- Bori Segura G, Hernández B, Gobbo M, et al. Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología. Reumatol Clin. 2009;5:3-12.
- Caballero L, Martínez M, Caballero F. Trastornos somatomorfos. Med Clin Monogr (Barc). 2003;4:45-51.
- Díez C, Sánchez-Planell L. Otros trastornos neuróticos y psicósomáticos. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la

- Psiquiatría. 6.^a ed. Ed. Barcelona: Elsevier Doyma; 2006. p. 435-45. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain*. 2005;118:289-305.
- Gálvez R, Pérez C, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity, inter-rater agreement and test-retest reliability of the Spanish version of DN4 scale for differential diagnosis of neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2006;10 Suppl.1:S238.
- Lanas A. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut*. 2006;55:1731-8.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Task force on taxonomy. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- Nabal M, Madrid F. Dolor episódico: definición, etiología y epidemiología. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:88-93.
- Portenoy RK. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. *Cancer*. 1989;63 11 Suppl:2298-307.
- Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminofeno para la osteoartritis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- WHO Expert Committee. Cancer pain relief and palliative care. World Health Organization. Technical Report Series; 1990. p. 1-73.
- Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995;63:65-76.

A propósito de un caso en acné. Decisiones clínicas en Atención Primaria

Javier Pellegrini Belinchón^a y Pablo de Unamuno Pérez^b

^aGrupo de Dermatología de la SEMERGEN.

^bCatedrático de Dermatología de la Universidad de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente seminario es desarrollar a través de una metodología eminentemente práctica la capacidad para desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para la resolución de un caso clínico dermatológico.

Se parte de un caso clínico concreto presentado en una consulta de Atención Primaria; a partir de él, se va desarrollando por el médico de Atención Primaria la base teórica del tema tratado, en este caso el acné, basada en la evidencia científica pero siempre apoyada sobre una iconografía, fundamental para el reconocimiento de las lesiones que se van describiendo, a través de la presentación del caso clínico.

El desarrollo del proceso, su planteamiento teórico, la evolución y la respuesta al tratamiento propuesto por el médico de cabecera serán ampliamente tratados desde el punto de vista del especialista en dermatología, para intentar conseguir a través de ambas perspectivas la comprensión de forma satisfactoria del caso propuesto.

A lo largo del taller se intercalarán preguntas sobre las actuaciones a seguir en determinadas fases del caso propuesto de forma que se fomente la participación. Planteamos un caso de acné.

CASO CLÍNICO PLANTEADO

Mujer de 17 años, procedente de otra provincia, que acude a consulta de Atención Primaria por una erupción cutánea facial de cuatro años de evolución. Refiere que desde los 13 años de edad ha tenido lesiones en la cara y parte superior del pecho y espalda que ha tratado sin éxito con preparados tópicos.

Anamnesis

La paciente recuerda que comenzó a los 13 años con lesiones faciales que ella define como espinillas en la frente y ambas mejillas. Refiere que intentaba "sacarlas" pero que algunas se infectaban y posteriormente se extendieron a la espalda y el pecho.

Cuenta que lo pasa muy mal, afecta a su aspecto físico e imagen corporal y ha habido momentos en que no quería salir de casa. Las lesiones de la frente las intenta tapar con un flequillo.

Fue diagnosticada de acné por su pediatra que comenzó tratamiento tópico con peróxido de benzoilo al 2,5% y unas toallitas de las que no recuerda el nombre. Posteriormente su médico de familia instauró tratamiento con peróxido de benzoilo al 5% y tetraciclina tópica, y aunque ha notado mejoría, tiene periodos de empeoramiento que ella relaciona con épocas de agobio en los estudios en las que habitualmente manipula las lesiones.

El proceso ha tenido una evolución fluctuante y la paciente reconoce que ha realizado tratamientos sin control médico en varias ocasiones.

Tiene sensación de empeoramiento en otoño e invierno y en los días premenstruales, pero no relaciona cambios con el sol, tampoco se queja de picor o dolor de las lesiones salvo en un nódulo que tiene en la espalda.

No toma anticonceptivos, corticoides ni ninguna otra medicación oral. Refiere utilizar cosméticos publicitados como no comedogénicos de venta en farmacia o parafarmacia.

En el momento actual la paciente refiere que está "harta" y después de intentar algún producto "milagro" recomendado por otros adolescentes ha abandonado todos los tratamientos salvo una crema facial limpiadora que utiliza por las mañanas.

Antecedentes familiares

La madre tiene 40 años, no fuma ni bebe alcohol; recuerda haber padecido acné en su adolescencia pero fue muy suave y apenas le causó problemas. Vive sana. El padre tiene 42 años, es fumador de 10-15 cigarrillos diarios. No bebe alcohol habitualmente, sólo vino en días de fiesta. Diagnosticado de acné nódulo-quístico, recuerda problemas hasta los 25 años y en el momento actual presenta cicatrices residuales. Un hermano, varón de 12 años que vive sano. Resto de antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales

Se trata de una estudiante de segundo curso de bachillerato, deportista, que hace atletismo tres veces por semana. Le gusta la natación pero durante el invierno apenas puede practicarla por los estudios.

Presentó otitis de repetición en los primeros años de guardería, sin secuelas. Varicela a los 7 años, apendicectomía a los 12 años. No presenta alergias conocidas. No fuma ni bebe alcohol ni toma otras drogas.

Exploración

En este momento presenta múltiples comedones abiertos y cerrados, pápulas y alguna pústula en mejillas, barbilla y frente, además se observan comedones, pápulas, múltiples pústulas profundas y algún nódulo, uno de ellos de más de 2 cm de diámetro, en la espalda. La parte anterior del tronco, aunque mejor que la espalda porque no tiene nódulos, presenta predominio de pápulas y pústulas superficiales y profundas.

Aunque hay alguna cicatriz residual, sobre todo en la espalda, en este momento no se observan abscesos ni quistes y a la palpación los nódulos aparecen calientes y la paciente refiere dolor.

La piel adyacente parece normal y no se observan lesiones de rascado, alopecia o hirsutismo concomitante. El resto de la exploración por aparatos es normal.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO PLANTEADO

La evolución, posibles pruebas complementarias, diagnóstico, diagnósticos diferenciales propuestos y el tratamiento serán ampliamente discutidos y comentados con la participación de los asistentes al seminario, para ello se irán intercalando preguntas a lo largo de la exposición del tema y se pedirá y facilitará la discusión del caso entre aquellos participantes que deseen intervenir.

Abordaje de las enfermedades raras en Atención Primaria

Alfredo Avellaneda Fernández^a, Guillermo Pombo Alles^b y Maravillas Izquierdo Martínez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander.

^cDirectora de la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Universidad Europea de Madrid.

Grupo de Trabajo de Enfermedades Raras. SEMERGEN

CONCEPTOS GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES RARAS

La Unión Europea define las enfermedades raras (ER) como aquellas con una prevalencia inferior a 5/10.000 y que presentan elevadas tasas de mortalidad o discapaci-

dad y habitualmente carecen de tratamiento. Aunque existe consenso para esta denominación, también son llamadas enfermedades de baja prevalencia, enfermedades huérfanas o enfermedades minoritarias.

Individualmente su prevalencia es muy baja (las de mayor prevalencia tendrían menos de 20.000 casos en España), aunque la suma de los enfermos (directamente afectados por enfermedades raras) y sus familiares (afectados colaterales) significa una elevada cifra de población que está presente en nuestras consultas, en muchas ocasiones de “forma anónima”.

En las consultas de Atención Primaria (AP) se nos presentarán estas personas por motivo de su enfermedad, pero también por su comorbilidad elevada, sus necesidades sociosanitarias y en el caso de las familias, con problemas derivados del esfuerzo físico, psíquico, laboral y con demandas de asesoramiento respecto a especialistas, centros de referencia, tratamientos y consejo genético. Todo lo anterior, referido a campos del saber en los que no siempre nuestra formación e interés son suficientes.

En toda enfermedad, y por tanto también en las ER, podemos diferenciar tres etapas, que condicionarán la asistencia en AP:

Etapas prediagnóstico

La mayoría de las ER debutan en la infancia, siendo por tanto campo de la Pediatría. Pero en la consulta de AP debemos tener presentes aquellas enfermedades que comienzan en la edad adulta y las “formas leves” que con sintomatología insidiosa pasan años con diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios, hasta concretar el diagnóstico definitivo. En esta etapa hemos de tener presentes las pruebas de diagnóstico precoz, la historia familiar completa en dos o tres generaciones y la “sospecha de estado de enfermedad” especialmente ante enfermos con consultas reiteradas.

Etapas del diagnóstico

Habitualmente el diagnóstico tiene lugar en Atención Especializada (AE). En AP debemos acoger al enfermo y a su familia en una fase de ansiedad e incredulidad por el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad y “empachados” de información no siempre correcta, que deben sedimentar con nuestra ayuda. En esta etapa, debemos completar nuestra información sobre esa enfermedad concreta, para poder atender el proceso en la parte que nos corresponda, y asesorar y responder correctamente al enfermo y su familia en las dudas referidas a la propia enfermedad y su previsible evolución, tratamientos, especialistas, asociaciones de afectados, medidas de apoyo sociosanitario y consejo genético en los casos en que esté indicado.

Etapas de la enfermedad crónica

Esta fase transcurre claramente en AP, salvo las consultas periódicas de control en AE, o durante los ingresos hospitalarios. Por tanto, es fundamental mejorar las vías de comunicación entre los distintos niveles asistenciales. Esto

podría evitar al enfermo desplazamientos, en ocasiones muy dificultosos, y esta percepción de conexión entre los distintos niveles asistenciales le haría sentirse más seguro. El conocimiento de la enfermedad nos permitirá adelantarnos a los acontecimientos, especialmente en la atención a la elevada comorbilidad que suelen presentar, en las necesidades específicas de cada enfermo para minimizar las secuelas y aumentar su calidad de vida y finalmente, pero no menos importante, en el “cuidado al cuidador”.

Tendremos muy presente la cronicidad del proceso, de cara a prestar una asistencia continua, al igual que hacemos en otros procesos crónicos. De acuerdo con el nivel de especializada, se podría establecer un “protocolo de seguimiento” individualizado.

ENFERMEDADES RARAS Y SALUD PÚBLICA

Las ER suponen un reto tanto para los sistemas de atención sanitaria y social, como para los profesionales de la Salud, ya que pese a los numerosos avances efectuados en los últimos 20 años y las acciones coordinadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), orientadas al desarrollo de medicamentos huérfanos, y por la Comunidad Europea a través de la DGSANCO, orientadas a promover políticas de atención a las ER, el colectivo de afectados considerado en su conjunto sigue pudiéndose calificar como un colectivo vulnerable. Por este motivo los dispositivos de Salud Pública europeos, nacionales, regionales y locales están poniendo en marcha acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas que padecen ER.

La salud de los individuos transcurre en un eje vital continuo, en el que se producen momentos de interacción individual entre la persona y su medio enmarcados en complejas interacciones sociales que los individuos desarrollan en sus comunidades. Por tanto, se debe percibir al individuo como integrante de un colectivo, sin que por ello pierda su carácter individual de persona.

El camino recorrido ha permitido sensibilizar y dar a conocer los hechos diferenciales de las ER tanto a los profesionales de la salud, como a los gestores, e incluso a la propia sociedad. Actualmente se ha multiplicado la investigación biomédica de estas enfermedades, se progresa en la incorporación del paciente en la toma de decisiones y se invierte en la creación de registros epidemiológicos, repositorios de material biológico y desarrollo de nuevos medicamentos, con lo que, sin duda, se está aumentando el conocimiento y se están poniendo los cimientos para futuras soluciones terapéuticas.

Es indudable que el componente operativo de la definición de ER (5/10.000) ha resultado de un valor inestimable para hacer visibles estas enfermedades y sensibilizar tanto a la sociedad como a las autoridades sanitarias ante este problema relevante de Salud Pública y que resulta de innegable utilidad para resolver problemas en la investigación de las ER. Pero no es menos cierto que focalizar en este aspecto la gestión de estas enfermedades constituiría un error en el manejo global de las ER, cuyos

problemas se deben intentar solucionar enmarcándolas en lo posible en las mismas clasificaciones y pautas de actuación que las restantes enfermedades crónicas, pero reconociendo y actuando ante sus peculiaridades.

A pesar de las fundadas esperanzas que para las próximas generaciones aportan tanto la genómica como la proteómica, sorprende la escasez de recursos que se dirigen a fomentar y mejorar herramientas conocidas, útiles y aplicables de forma inmediata y a profundizar en el conocimiento y sistematización de la atención y el cuidado de este tipo de pacientes, que suele presentar algún tipo de discapacidad. La mayoría de las ER son enfermedades que afectan a la infancia, son de difícil diagnóstico y tienen un componente genético, pero también son enfermedades crónicas que generan dependencia.

En 1920 Winslow definía la Salud Pública como la intervención técnica planificada sobre el medio global y sobre la población, teniendo como principio específico la prevención de la enfermedad, la educación sanitaria y la promoción de la salud, los cuidados curativos y la rehabilitación del enfermo; y posteriormente, en 1973, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postuló con un sentido más amplio que la Salud Pública es el conjunto de disciplinas que trata de los problemas concernientes a la salud o enfermedades de una población, el estado sanitario de la comunidad, los servicios y dispositivos médicos y sociosanitarios, la planificación, administración y gestión de los servicios de salud.

La Salud Pública es una disciplina médica que integra conocimiento de variadas ramas de la medicina y otras disciplinas. Su foco de análisis es tanto el individuo como las poblaciones o comunidades, y se orienta al control y prevención de la enfermedad; para ello requiere intervenciones:

- *Multiprofesionales*: porque intervienen, cada vez de forma más importante, diversos profesionales: médicos, veterinarios, farmacéuticos, biólogos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos sociales, sociólogos, comunicadores, abogados, economistas de la salud, etc.

- *Multidisciplinares*: además de las ciencias de la biología clásicas, la Salud Pública se enriquece con las aportaciones de la estadística, la sociología, la ingeniería, la antropología, la pedagogía, las ciencias de la comunicación, etc.

- *Multiinstitucionales*: además de las Instituciones sanitarias, otras como las locales, las educativas, que necesariamente deben estar presentes en las intervenciones sanitarias en la población. En la salud, además de los dispositivos sanitarios, deben participar otros entes que ofrecen prestaciones sociales en general.

- *Multisectoriales*: además del sector que le es propio, la Salud Pública debe contar en sus actuaciones con otros sectores como el educativo, de servicios sociales, sectores agrícola e industrial, medios de comunicación de masas y los colectivos más dinámicos de la sociedad, como es el del voluntariado, el asociacionismo vecinal, etc.

Ayudar a resolver la compleja problemática de las ER, desde la perspectiva de la Salud Pública requiere la cola-

boración activa de un conjunto de disciplinas sin las cuales la explicación e intervención sobre este problema de salud sería materialmente imposible, además de incompleta. La realidad actual desafía a la Salud Pública para que ésta señale los rumbos a seguir en la sociedad en materia de atención y cuidado de la salud en un escenario de extraordinaria complejidad.

Las ER plantean desafíos a la medicina actual muy distintos a los de hace sólo unos 30 años, que requieren para su solución abordajes novedosos. Ante este panorama, la Salud Pública debe afrontar el reto de ser la impulsora de las futuras soluciones sociosanitarias que precisan estas enfermedades, que deberán vertebrarse en el marco de la gobernanza, con el paciente y su entorno como eje de todas las actuaciones y siendo el médico de Atención Primaria uno de los principales actores.

Es de esperar que la Estrategia Nacional de ER recientemente aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ayude a conseguir estos objetivos.

La Estrategia Nacional de ER está estructurada en las siguientes líneas estratégicas: epidemiología, clasificación y codificación de las ER, prevención y detección precoz, atención sanitaria, terapias, atención sociosanitaria, investigación y formación.

ENFERMEDADES RARAS Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Las ER necesitan una atención sociosanitaria compleja y habitualmente más onerosa que las enfermedades crónicas, que hasta la fecha ni los sistemas de salud ni los sistemas de apoyo social han sabido prestar. Hasta hace poco, el fenómeno de la dependencia se ha considerado implícitamente un problema privado que debía ser resuelto por las familias, responsables del “apoyo informal”. Esta función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres de la familia, y dentro de éstas en las de mediana edad, entre 45 y 69 años, por lo que tiene un indudable rol de género.

El fenómeno de la dependencia vinculado a la necesidad tanto individual como colectiva de hacer frente al menoscabo físico y psíquico de la persona ha cobrado en los últimos años un auge especial, adquiriendo una mayor relevancia social, gracias a la difusión de esta realidad en los medios de comunicación, impulsada por el movimiento asociativo.

El movimiento asociativo es sin duda un elemento clave en el enfoque sociosanitario que debe implantarse, ya que son los pacientes los verdaderos conocedores de la historia natural de su proceso y de la compleja problemática sociosanitaria que conlleva.

Ante la nueva clasificación que propone la Ley de Dependencia serán necesarios nuevos enfoques en los estudios de investigación, ya que con los datos hasta ahora existentes únicamente se puede tener una visión cuantitativa de la frecuencia y distribución de la enfermedad crónica y de la discapacidad que ésta genera, pero no del

grado de autonomía de las personas que las padecen. Evidentemente las ER deberán ser consideradas como un factor de peso, si se pretende enfocar la dependencia en su dimensión real, aunque en este caso se esté hablando mayoritariamente de personas jóvenes e incluso de niños, pero que deben convivir con diversas discapacidades de por vida.

Las intervenciones sociosanitarias ejercen un papel importante en el retraso en la aparición de la dependencia; intervenciones eficaces en edades tempranas de la vida pueden prevenir la aparición de la dependencia en edades más avanzadas. En el caso de las enfermedades crónicas la mejora de los hábitos de vida, disminuyendo los hábitos nocivos (sedentarismo, sobrepeso, alcohol y tabaquismo) contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad; y cuando la dependencia ya está presente, los cuidados sanitarios son esenciales tanto para la adecuada adaptación de la persona a esa situación, como para mejorar su calidad de vida.

El modelo al uso para la gestión en las enfermedades crónicas no resulta útil en las ER, ya que no genera un verdadero dispositivo sociosanitario, salvo en casos excepcionales. Se plantea pues la necesidad de un nuevo modelo de atención que articule un auténtico espacio sociosanitario que oriente y en lo posible mejore los diferentes problemas y consecuencias derivadas de estas enfermedades (discapacidad, dependencia, etc.). Por otra parte, el modelo debe tener en cuenta la pluralidad y heterogeneidad de las ER, además de la realidad administrativa de nuestro país, facilitando la gestión de las ER, reforzando los programas de coordinación y las políticas de equidad interterritorial. Debe entender y atender la complejidad de la situación de las personas con problemática sanitaria y social asociada, situando en el centro a la persona, sus necesidades y el entorno social en el que vive.

El modelo de atención sociosanitaria requerido implica un cambio de cultura, que se oriente y vertebre, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Un modelo que satisfaga las necesidades de los pacientes afectados por ER ha de integrar también como factores determinantes la Atención Especializada por la parte sanitaria, los llamados centros base por la parte social y las asociaciones de pacientes por la parte comunitaria. Otros determinantes a incluir son: necesidad de información, autogestión de la propia enfermedad y atención a la dependencia.

Se ha constatado la necesidad de dar un paso más en el cambio de la mentalidad, ampliando el enfoque y centrándolo en la valoración integral del usuario, donde la unidad de atención sea el usuario y su familia, que tenga en cuenta el control de la sintomatología, que considere los beneficios de la rehabilitación, que priorice la calidad de vida, que contemple la discapacidad y potencie el trabajo en equipo para lograr un abordaje interdisciplinar.

El cambio del modelo de atención a las enfermedades crónicas priorizando un verdadero enfoque sociosanitario es una necesidad reconocida por todas las adminis-

traciones; pero como en toda situación de cambio, el desarrollo teórico ha ido muy por delante y la planificación teóricamente impecable no se plasma en la realidad cotidiana. En la mayoría de las ocasiones es en el núcleo familiar o en su entorno donde únicamente se materializa la coordinación sociosanitaria. En éste convergen los cuidados sociosanitarios al confluir las acciones de los profesionales de la salud, básicamente brindadas por la asistencia primaria, con la atención social que ofrecen los trabajadores sociales, que desde hace unos años y de forma progresiva se integran en los Equipos de Atención Primaria.

En el caso de las ER el reto deberá dirigirse fundamentalmente a minimizar la dependencia a través de actuaciones integradas, vertebradas en torno al paciente y realizadas por equipos interdisciplinares, en el que han de participar obligatoriamente todos los niveles de atención, pero en los que el nivel primario de atención, tanto sanitario como social, deberá desempeñar un papel fundamental, ya que constituye el entorno cercano al paciente.

Las ER entendidas en su conjunto suponen un universo que requiere un nuevo modelo sociosanitario por parte de los sistemas de atención sanitaria, social y educativa.

ENFERMEDADES RARAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Una vez conocidos los conceptos básicos sobre las ER y vistas sus implicaciones desde el punto de vista de la salud pública y de la atención sociosanitaria, nos queda la aplicación práctica en nuestro ámbito de la AP.

Como hemos dicho, el afectado por una ER posiblemente será un "habitual" en nuestra consulta. Debemos considerarlo un crónico más, al igual que a los afectados por enfermedades mayoritarias (diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipercolesterolemia, etc.) y diseñar específicamente para él, de acuerdo con las demás especialidades que correspondan en cada caso, un plan de seguimiento que incluya actividades preventivas, paliativas y de soporte sociosanitario al afectado y a su entorno.

Por tanto, para una mejor atención a los afectados por ER y su entorno, los profesionales de AP debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Sensibilizarnos sobre las ER y hacer partícipe de esta sensibilización al resto del equipo: enfermería, fisioterapia, trabajador social, administrativos, etc.
- Mejorar nuestros conocimientos en las ER mediante cursos, talleres, mesas redondas, el DPC-AP de SEMERGEN, formación *on-line*, etc.
- Mantener una comunicación fluida con otros niveles asistenciales.
- Conocer las fuentes de información en ER.
- Adquirir capacidades para la adecuada identificación de los signos y síntomas de sospecha de las ER más prevalentes.
- Mejorar las habilidades de comunicación en el caso particular de las ER.

- Adquirir habilidades para facilitar, o al menos orientar, en el consejo genético.
- Adquirir capacidades para responder satisfactoriamente a las necesidades sociosanitarias de este colectivo.
- Conocimiento de las clasificaciones de discapacidad (CIF) y dependencias.
- Colaborar con las distintas asociaciones de afectados y favorecer el asociacionismo de éstos.
- Participar en proyectos de investigación en ER que abarquen aspectos médicos y también sociosanitarios.

Actualización en hipertrofia benigna de próstata

Francisco José Brenes Bermúdez^a, José María Dios Diz^b y Antonio Alcaraz Asensio^c

^aMédico de Familia, ABS Llefià. Badalona.

^bMédico de Familia, CS Tordera. A Coruña.

^cUrologo. Jefe de Servicio de Urología, Clinic, Barcelona.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología muy prevalente en los varones mayores de 50 años. Se caracteriza por un crecimiento histológico (micro-macronodular) de la glándula prostática, que puede generar una dificultad del vaciado vesical (obstrucción), manifestándose clínicamente con unos síntomas denominados del tracto urinario inferior (STUI), en inglés *lower urinary tract symptoms* (LUTS)¹.

El crecimiento histológico aparece en casi todos los hombres mayores de 80 años², no siempre se encuentra asociado a los STUI. Un 40% de las HBP histológicas tienen sintomatología que afecta negativamente a la calidad de vida de la mitad de los pacientes¹.

Los STUI no son exclusivos de la HBP. Pueden aparecer en otras patologías del tracto urinario inferior, por lo que es importante conocer y descartar estas patologías como causa de dichos STUI¹.

La HBP es la primera causa de consulta urológica ambulatoria al especialista. Es el tumor benigno más frecuente en los varones mayores de 50 años y la segunda causa de intervención quirúrgica¹.

La edad es el factor que más influencia tiene en su aparición y desarrollo; esta tendencia en España va en aumento por el envejecimiento de la población^{1,2}.

Además de la edad; se requieren testes funcionantes con producción de andrógenos "testosterona" por las células de Leydig y la existencia en la célula prostática de 5 α reductasa, enzima que transforma la testosterona en dihidrotestosterona (DHT), que es su metabolito activo¹.

Otros factores implicados en la génesis de la HBP son: genéticos, dietéticos, hiperinsulinismo, raza y fibroblastos¹.

El médico de familia puede realizar el diagnóstico de la HBP a partir de una sistemática de estudio en la que se

Tabla 1. Pruebas para el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata (SEMERGEN 2007)

Pruebas diagnósticas	Grado de recomendación
Anamnesis <i>International Prostate Symptom Score (IPSS)</i> Exploración física, tacto rectal Urianálisis PSA	Recomendada
Flujometría Residuo postmiccional Creatinina plasmática Ecografía abdominal Ecografía prostática	Opcional
Urografía intravenosa Ureterocistoscopia Tomografía computarizada Resonancia magnética transrectal	No recomendada
Fuente: Brenes FJ et al ¹ . PSA: antígeno prostático específico.	

deben utilizar una serie de pruebas diagnósticas. Estas pruebas diagnósticas las podemos clasificar en:

1. *Recomendadas*. Son pruebas diagnósticas que deberían ser utilizadas en todos los hombres que presenten STUI.

2. *Opcionales*. Son pruebas diagnósticas, que se utilizarán sobre la base del juicio del profesional y según el paciente.

3. *No recomendadas*. Son pruebas diagnósticas en las que no existe evidencia de que su uso rutinario sea beneficioso; únicamente se utilizarán en circunstancias especiales o ensayos clínicos.

Desde la Atención Primaria (AP), en la evaluación inicial de la HBP se deben utilizar aquellas pruebas y exploraciones diagnósticas a las que habitualmente se tiene acceso.

SEMERGEN, en sus Recomendaciones de buena práctica clínica en HBP (2007)¹ (tabla 1), considera que desde la AP es fundamental en el estudio inicial de la HBP la realización de: historia clínica, cuantificación de la sintomatología, urinoanálisis, exploración física y tacto rectal, y determinación del antígeno prostático específico (PSA).

Un estudio realizado por urólogos españoles, publicado en *Actas Urológicas Españolas* (2006), encuentra que la realización de las exploraciones anteriormente citadas presentan un valor predictivo positivo (VPP) del 95%³.

Durante el año 2008 se ha desarrollado un estudio realizado por médicos de AP (D-IMPACT). Se trata de un estudio internacional (España, Francia, Italia) en el que se valora el diagnóstico de la HBP a partir de las mismas pruebas diagnósticas. Parece que el resultado de este estudio es similar.

Existen otras pruebas y exploraciones que podrían formar parte del estudio inicial de la HBP, sobre todo en pacientes en los que el diagnóstico es incierto y en los que queremos descartar la presencia de complicaciones, ya que la HBP es una patología que en muchas ocasiones puede requerir un tratamiento quirúrgico. Estas pruebas

diagnósticas son: función renal, medición del residuo miccional, eco abdominal o transrectal y flujometría.

Derivaremos a urología, si el paciente presenta: edad inferior a 50 años, diabetes mellitus mal controlada y/o con neuropatía, antecedentes de cirugía pélvica, enfermedades venéreas, instrumentación uretral previa, traumatismos uretrales y enfermedades neurológicas (neuropatía periférica [diabetes], enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente vascular-cerebral, lesiones medulares, etc.).

Desde AP se debe realizar siempre una adecuada anamnesis en la que valoraremos los antecedentes de patologías neurológicas, enfermedades metabólicas, presencia de insuficiencia cardíaca, antecedentes de traumatismos o intervenciones quirúrgicas del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual, antecedentes familiares de HBP, ingesta de fármacos que puedan alterar el tracto urinario (diuréticos, calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos, alfa adrenérgicos, etc.).

La anamnesis siempre debe complementarse con una exploración física sobre todo abdómino-genital, en la que valoraremos la presencia de globo vesical, de induraciones y/o inflamaciones en testículos y lesiones en el pene.

La exploración física ha de ser complementada con la realización de un tacto rectal, con el que podemos valorar aspectos de la próstata como: la sensibilidad (que en la HBP es indolora), el tamaño (que en HBP está aumentada de tamaño > 25-30 g), la consistencia (que en HBP es blanda), los límites (que en HBP está bien delimitada) y la movilidad (que en HBP es móvil).

La anamnesis y la exploración física deben complementarse con la realización de un estudio mediante tira reactiva de orina o sedimento de orina para descartar la presencia de infección del tracto urinario o de hematuria o patología renal (proteinuria).

La intensidad de los STUI se valora mediante el IPSS (Índice Internacional de la Sintomatología Prostática). Según su puntuación se clasifica en leve 0 a 7, moderada de 8 a 19 severa de 20 a 35 (tabla 2)⁴.

Los valores de PSA nos orientan no sólo sobre la posible presencia de un cáncer de próstata; son importantes para conocer el riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de progresión de la HBP. Cifras de PSA > 1,4 ng/ml, aumentan el riesgo de RAO en 3 veces^{5,6}.

Hay otras pruebas y exploraciones complementarias consideradas como opcionales. Si se tiene accesibilidad a ellas se pueden solicitar desde la AP, como ocurre con la ecografía abdominal; está indicada en pacientes con: antecedentes de litiasis renal, micro-macrohematuria, globo vesical, sospecha de obstrucción, sintomatología severa, valores de creatinina aumentada, antecedentes de trauma espinal, neuropatía y otras alteraciones neurológicas asociadas.

TRATAMIENTO DE LA HBP

El tratamiento de la HBP va a depender fundamentalmente de^{1,6,7}: la edad del paciente, sus expectativas, la

Tabla 2. Índice Internacional de la Sintomatología Prostática

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre	
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantar las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
< 8 puntos = leve; 8-19 puntos = moderada; > 20 puntos = severa.							
	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6
Puntuación ≥ 4 = afectación significativa de la calidad de vida del paciente. Fuente: Badía X et al ⁴ .							

sintomatología, las complicaciones, su calidad de vida, eficacia del tratamiento a largo plazo, morbilidad asociada al tratamiento y la decisión y preferencias del paciente.

Existen tres opciones terapéuticas: la vigilancia expectante (espera vigilada), el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico.

Vigilancia expectante/medidas higiénico-dietéticas

Se trata de un programa activo en el que al paciente se le aconseja realizar cambios en su estilo de vida, como evitar el sedentarismo, restringir la ingesta de líquidos por la noche, disminuir el consumo de café, alcohol y determinados medicamentos que actúan sobre la fibra muscular lisa (neurolepticos, anticolinérgicos, etc.), así como modificar los hábitos miccionales⁷.

Tratamiento farmacológico

Agentes fitoterapéuticos (extractos de plantas)

No están recomendados como tratamientos de primera elección por las Guías de la Asociación Europea de Urología de 2004⁶. La única sustancia de este grupo de la que se disponen datos científicos más fiables es la *Serenoa repens*⁸.

Bloqueadores α -adrenérgicos

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. Actúan sobre los receptores alfa del trigono, cuello vesical y la

próstata, inciden fundamentalmente sobre el aspecto sintomático de la HBP, no tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni previenen su crecimiento⁶. Los fármacos más usados son: doxazosina 4 mg, terazosina 5 mg, alfuzosina 10 mg y tamsulosina 0,4 mg. Alfuzosina y terazosina deben pautarse a dosis bajas e ir aumentando paulatinamente por su efecto hipotensor, que aparece en un 10% de los pacientes. Otros efectos secundarios pueden ser rinitis y síncope en menor proporción.

Inhibidores de la 5 α -reductasa

Son fármacos con un grado de evidencia 1A. La enzima 5 α -reductasa transforma la testosterona dentro de la célula prostática, en un metabolito activo, la DHT. En la próstata existen dos formas isoenzimáticas de la 5 α -reductasa (tipo 1 y tipo 2)^{1,6}.

Los inhibidores de la 5 α -reductasa comercializados son finasterida (actúa sobre la isoenzima 2) y dutasterida (actúa sobre las isoenzimas 1 y 2). Disminuyen el tamaño de la próstata en un 20-30% y reducen los niveles de PSA a la mitad de su valor. Reducen el riesgo de RAO y de cirugía en más del 50%^{9,10}. En menos del 7% pueden aparecer efectos secundarios de la esfera sexual (disfunción eréctil, disminución de la libido).

Tratamiento combinado

Presentan un grado de evidencia 1b A. Se ha observado en estudios clínicos prospectivos y randomizados

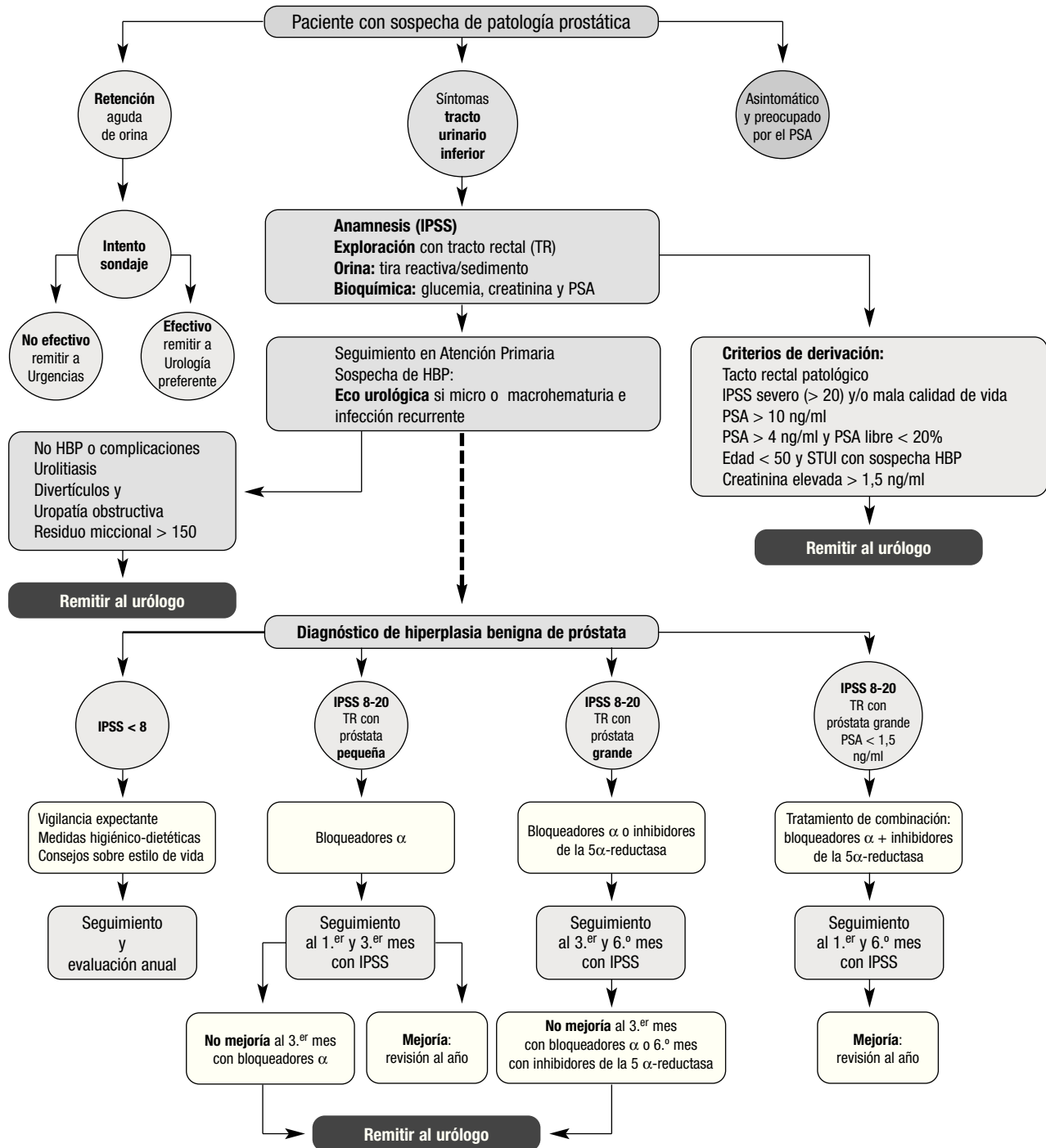


Figura 1. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata desde Atención Primaria (AEU, SEMERGEN, semFyc, SEMG) 200814. IPSS: *International Prostate Symptom Score*; PSA: antígeno prostático específico; STUI: síntomas del tracto urinario inferior.

(estudios MTOP¹¹ y CombAT¹²) que el tratamiento combinado de un bloqueador α junto con un inhibidor de la 5α -reductasa, en pacientes bien seleccionados “con próstatas aumentadas de tamaño 40 g o más y PSA > 1,4 ng/ml”, resultaba más eficaz que el tratamiento con dichos fármacos en monoterapia. Se reducen el riesgo de RAO y de tratamiento quirúrgico en más de un 60%.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado en los pacientes con STUI moderados o graves que no mejoran después de tratamiento farmacológico (o que prefieran una intervención activa), y sobre todo en aquellos pacientes que presentan^{6,13}, insuficiencia renal, litiasis vesical, retención urinaria refractaria, infección urinaria recurrente, o hematuria recurrente.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DESDE AP DE LOS PACIENTES CON HBP¹⁴ (fig. 1)

Pacientes en tratamiento con vigilancia expectante

Se deberá reevaluar al paciente como mínimo al año, valorando el cambio de síntomas y/o la aparición de complicaciones.

Pacientes en tratamiento con un bloqueador α

Se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS, al primer y al tercer mes del inicio del tratamiento.

Pacientes tratados con un inhibidor de la 5 α -reductasa

Se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al sexto mes del inicio del tratamiento.

Pacientes en tratamiento combinado (bloqueador α y un inhibidor de la 5 α -reductasa)

Se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al primer y sexto mes del inicio del tratamiento.

Si existe mejoría, la revisión será anual y se valorarán: IPSS, exploración física con tacto rectal, tira de orina, los niveles de creatinina y una determinación del PSA.

Si existe riesgo de obstrucción, se aconseja una flujo-metría y, en su defecto, una eco abdominal con residuo postmiccional de forma anual.

BIBLIOGRAFÍA

- Brenes FJ, Pérez N, Pimienta M, Dios JM. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33(10):529-39.
- Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132(3):474-9.
- Carballido JA, Badía X, Gimeno A, et al. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. Actas Urol Esp. 2006;30(7):667-74.
- Badía X, García-Losa M, Dal-Re R. Ten-language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. Eur Urol. 1997;31(2):129-40.
- Jacobsen SJ, Girman CJ, Guess HA, Rhodes T, Oesterling JE, Lieber MM. Natural history of prostatism: longitudinal changes in voiding symptoms in community dwelling men. J Urol. 1996;155(2):595-600.
- Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). Eur Urol. 2004;46(5):547-54.
- Speakman MJ, Kirby RS, Joyce A, Abrams P, Pocock R. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2004;93(7):985-90.
- Wilt T, Ishani A MDR. Serenoa repens para la hiperplasia benigna de próstata (revisión Cochrane traducida). La biblioteca Cochrane Plus Oxford: 2007. p. 4.
- Jiménez JF, Quecedo L, Llano J. Finasterida: diez años de uso clínico. Revisión sistemática de la literatura. Actas Urol Esp. 2003;27:202-15.
- Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC, Hoefner K, Andriole G. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. Urology. 2002;60(3):434-41.

- McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med. 2003;349(25):2387-98.
- Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. J Urol. 2008;179(2):616-21.
- Brenes FJ, Ródenas JL. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el médico de AP. Aula Acreditada El Médico 2002; 842:23-46.
- Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG); 2008.

Alteraciones menstruales: orientación diagnóstica y terapéutica

Mercedes Abizanda González^a
y Elena Martínez Prats^b

^aMédico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.

^bMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Barceloneta. Barcelona.

OBJETIVOS

- Facilitar el trabajo a los profesionales de Atención Primaria en el manejo de la sintomatología por alteraciones menstruales.
- Facilitar la atención a la mujer con una visión integrada.
- Dotar de herramientas para orientar correctamente el cuadro clínico e instaurar un plan terapéutico adecuado y derivar según criterios convenientes.

PROFESIONALES A LOS QUE SE DIRIGE

- Profesionales en Atención Primaria.

TEMARIO

- Ciclo ovárico.
- Amenorreas.
- Dismenorrea.
- Hemorragia uterina anómala.
- Síndrome premenstrual.
- Menopausia.

MATERIAL NECESARIO

- Documentación para los asistentes: presentación impresa.
- Sistema de proyección para Power Point 2007.

Atención paliativa urgente al paciente terminal

Rosa Díez Cagigal

Médico de Familia. Equipo de Cuidados Paliativos.
Hospital de Laredo. Cantabria.

Son situaciones que requieren una actuación inmediata para aliviar al paciente y a su familia. Debemos averiguar qué hay detrás de una demanda urgente, para lo cual es imprescindible detectar necesidades tanto psicoemocionales como sociales o de síntomas físicos.

Entre las primeras podemos encontrarnos con demandas de información, con crisis de ansiedad que generan descontrol de todos los síntomas asociados a la enfermedad de base, de las segundas destacaremos la claudicación familiar, y de las últimas el síndrome de la vena cava superior, la hipercalcemia, el síndrome de compresión medular, el *delirium* o síndrome confusional agudo, la fiebre y enterocolitis neutropénica, la hemorragia masiva y la obstrucción intestinal.

Una buena medicina paliativa no debe ser de urgencia; en la medida de lo posible hemos de adelantarnos a los acontecimientos y prever e ir proporcionando información en cada visita y los teléfonos con los que puede ponerse en contacto. Una historia en el domicilio en la que figuren como datos básicos la enfermedad y su estadio y los tratamientos realizados hasta ese momento puede facilitar mucho la actuación y la toma de decisiones a los profesionales de Urgencias que atiendan a ese paciente.

El objetivo es la calidad de vida y el bienestar del enfermo, tratando de evitar demoras innecesarias, de no tratar a los que están a punto de morir como si fuésemos a curarlos, evitando en este caso medidas agresivas e inútiles (no todo lo posible es ya conveniente) y de detectar situaciones en las que es preciso hacer una intervención realmente precoz y con una buena coordinación entre niveles asistenciales para evitar complicaciones de mayor importancia.

Ante una situación de demanda urgente hemos de indagar qué es lo que el paciente o su familia precisan o esperan de nosotros, antes de aventurarnos a decirles que eso no es una urgencia real. Pensemos que la enfermedad terminal presenta múltiples síntomas que pueden evolucionar rápidamente y que algunos de ellos podrían generar gran sufrimiento y ansiedad tanto al paciente como a su familia.

Los problemas que presentan estos pacientes al final de la vida muchas veces motivan idas y venidas al servicio de Urgencias hospitalario porque los profesionales sanitarios no sabemos bien qué hacer con ellos. Necesitamos mejorar en nuestro manejo en el control de los síntomas más frecuentes en la enfermedad oncológica avanzada terminal, así como en la actitud y comunicación con esos pacientes y con su familia.

Así, los principales problemas con los que nos encontramos ante las urgencias en medicina paliativa son: la

complejidad de algunos tratamientos de la enfermedad avanzada terminal a los que los médicos de familia estamos poco habituados, la dificultad para que el paciente y su familia expresen sus necesidades y deseos, lo difícil que es transmitir a otros profesionales sanitarios la necesidad de actuación urgente en el paciente que va a morir y además añadamos a todo lo anterior el averiguar el pronóstico aproximado de ese paciente para plantearnos el tratamiento más adecuado.

Este seminario pretende dar unos conocimientos básicos para reconocer situaciones urgentes y ser capaces de abordarlas con éxito o saber cómo derivarlas al hospital adecuadamente.

En lo referente a la demanda de atención urgente por crisis de dolor, hemos de reflexionar que algo puede que se nos haya escapado en el enfoque previo del paciente, pues siempre que tratemos el dolor oncológico de base debemos dejar instrucciones por escrito al paciente y a su familia sobre cómo actuar ante crisis de dolor.

Ante un síndrome de vena cava superior el objetivo es intentar que no llegue a ser una urgencia, pero si debuta como tal hemos de tratarlo con morfina para la disnea y derivarlo al hospital para confirmar el diagnóstico y hacer tratamiento etiológico siempre que sea posible.

En el síndrome de compresión medular, sólo su sospecha en un paciente con dolor local y radicular progresivo con metástasis vertebrales debe plantearnos derivarlo de forma organizada y urgente, pues de su estado inicial depende la recuperación. La resonancia magnética nuclear es la prueba de elección para su confirmación. Con paraplejia instaurada, sólo el 10% de los pacientes recuperan la deambulación aunque se les administre radioterapia.

Respecto a las urgencias metabólicas, lo más importante es sospecharlas y relacionarlas con el tipo de tumor y su tratamiento. Ante un paciente obnubilado, con astenia, oliguria y náuseas debemos solicitar una analítica para descartar un síndrome de lisis tumoral, una hipercalcemia o hiponatremia.

Ante una hemorragia hemos de intentar cuantificarla, y si se trata de una hemorragia masiva la única medida terapéutica es la sedación, explicando a la familia la actuación y lo que significa. Es importante identificar a los pacientes con riesgo de sangrado elevado, en especial a los pacientes con tumores de cabeza y cuello, para advertir y preparar a su familia.

La obstrucción intestinal en el enfermo oncológico avanzado precisa de una evaluación de la extensión de la enfermedad, del estado general del paciente y de la situación pronóstica previsible, ya que las opciones terapéuticas posibles van desde la cirugía al tratamiento conservador con aspiración con sonda nasogástrica o el tratamiento paliativo farmacológico en pacientes oncológicos muy avanzados y deteriorados.

La claudicación familiar lleva emparejada muchas veces miedos, temores y dudas sobre cómo tratar y cuidar al enfermo. Los cuidados paliativos al tratar como unidad al paciente y a su familia intentan prevenirla a través del

control de síntomas y de la comunicación eficaz con el paciente.

Ante un síndrome febril es importante averiguar si el paciente está en tratamiento con quimioterapia, pues puede tratarse de una neutropenia febril, en cuyo caso debe ser derivado al hospital para tratar de identificar el foco y ser tratado precozmente con antibioterapia de amplio espectro. Hay un 30-40% de pacientes no neutropénicos en los que aparece fiebre sin que exista infección, siendo el propio tumor o algunos fármacos los que la originan.

En el síndrome confusional agudo es importante identificar y tratar las causas desencadenantes (fármacos, retención urinaria, fecaloma, deshidratación). En especial hay que tener en cuenta que los opiodes y la deshidratación pueden desencadenarlo y que su sospecha y abordaje temprano consiguen revertirlo. Haloperidol es el fármaco de elección, pudiendo asociarse midazolam en caso de que la agitación no responda.

El saber cómo responder a los problemas de los pacientes aquejados de una enfermedad oncológica avanzada nos pone en una mejor disposición para entender sus demandas urgentes y darles una adecuada respuesta teniendo siempre en cuenta los tres pilares básicos sobre los que se sustentan los cuidados paliativos: control de síntomas, comunicación eficaz y atención a la familia.

Buenas prácticas en la asistencia sanitaria al inmigrante

José Luis Martincano Gómez^a
y Amor Melguizo Béjar^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Jabugo. Huelva.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza.

EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

La historia de la Humanidad no se concibe sin los fenómenos migratorios. La inmigración se reconoce como un Derecho Fundamental de las personas: "Art. 13. Declaración Universal de los Derechos Humanos".

En los últimos años España está siendo un país de acogida de inmigrantes de diversos orígenes, lo cual determina un importante cambio social que hay que abordar desde diversas perspectivas (demográfica, económica, cultural, jurídica, educativa, vivienda, sanidad).

Los inmigrantes actuales proceden de países muy lejanos geográfica y culturalmente, principalmente de China, Centro y América del Sur, El Magreb, África subsahariana y centroeuropa.

La protección de la salud constituye un requisito esencial para la integración y el bienestar de estos ciudadanos. A veces la pérdida de la salud es la expresión de carencias familiares o de problemas laborales o económicos, además de los casos de inseguridad jurídica por inmigración ilegal.

EL PACIENTE ÉTNICO

Puede presentar desigualdades en salud, a veces está infradiagnosticado e infratratado; los centros sanitarios tienen que organizarse para asumir el reto de atender a estos nuevos pacientes de diversas razas y culturas.

Las diferencias étnicas son respetadas y favorecidas por la ciencia y no deben constituirse en generadoras de desigualdades en la asistencia médica. Por eso es necesario adquirir, desarrollar y afianzar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas específicas para que la relación paciente-médico sea eficaz en ambas direcciones, facilitar y disponer el acceso a los servicios y prestaciones, y la continuidad asistencial en las mismas condiciones de la población mayoritaria.

PRÁCTICA CULTURALMENTE COMPETENTE

Es la fórmula que exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de la situación sociocultural de estos pacientes.

Práctica culturalmente competente. Es la fórmula que exige del profesional que actúe con una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos culturales asentados donde ejerce, con los conocimientos necesarios para procurar la mejor atención de salud a sus pacientes de diferentes culturas y entendiendo y atendiendo el contexto de su situación sociocultural.

Se trata de conseguir una atención:

- *Culturalmente apropiada:* con conocimientos necesarios para procurar la mejor atención a personas de diferentes culturas (diversidad).

- *Culturalmente competente:* entiende y atiende al contexto de la situación de la persona. En caso del foráneo es consciente de las circunstancias de emigración, factores de estrés y diferencias culturales.

- *Culturalmente sensible:* define al profesional con conocimientos básicos y una actitud constructiva hacia las diferencias culturales de los distintos grupos asentados donde ejerce.

Son varios los parámetros que determinan este ejercicio.

Valoración cultural de la atención al paciente inmigrante

Una valoración cultural es el examen o apreciación reglada y sistemática sobre las creencias culturales, valores,

y prácticas para determinar las necesidades y el modo de la intervención práctica dentro del contexto personal y agentes que se evalúen (*marketing*, salud, etc.). En medicina se trata de estudiar e investigar y facilitar la relación asistencial en toda su complejidad, sin prejuicios, y partiendo de los valores de la dignidad humana, la empatía, la compasión ante la enfermedad y el coraje de la promoción de la salud y la vida saludable. Esta valoración es multiaxial.

Valoración cultural del médico

Para la prevención de conflictos y establecimiento de relaciones óptimas con el paciente inmigrante, el profesional debe realizar un autoexamen sobre sus convicciones, valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y replantearlas si fuera necesario.

Valoración cultural del paciente

La cultura del paciente contribuye a establecer el marco de la relación con el agente terapéutico, y como cauce de la expresión clínica moldea la manifestación de cualquier enfermedad y le da un significado en el marco de dicha cultura.

Valoración física

Debemos ser conscientes de las diferencias derivadas de la variabilidad y diversidad étnicas en cuanto a antropometría, rasgos, color y textura de la piel, forma y color del pelo, distribución de la grasa corporal y posibles variaciones en los resultados de laboratorio y pruebas especiales.

Valoración farmacoeconómica

Numerosos estudios han demostrado la influencia que la raza y la cultura tienen en la farmacocinética (qué porcentaje del agente farmacológico alcanza el órgano diana según absorción, distribución, metabolización y excreción) y la farmacodinámica (cómo responde el organismo al fármaco) de la mayoría de los medicamentos. Además de los estudios de farmacogenética se han descrito respuestas farmacológicas diferentes según factores individuales extrínsecos asociados a grupos poblacionales y regiones geográficas específicas—variabilidad intraétnica—, (edad, sexo, ejercicio, embarazo, hábitos alimentarios, tabaco, alcohol, factores ambientales y contaminantes), galénica, dosis y pautas, vías de administración, expectativas del paciente y del médico—efecto placebo y nocevo— así como uso de medicina alternativa.

Valoración psicosocial

Iguals principios se refieren a la valoración de funcionalidad social para ejercer culturalmente competente. Estará orientada a la detección de necesidades (relaciones íntimas, grado de integración social, participación en la comunidad, apoyo familiar, tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos) con el fin de solventarlas teniendo en cuenta, de una manera responsable y sensi-

ble, no sólo los valores y costumbres del país de acogida, sino también los provenientes del país de origen.

Estructura política y de práctica sanitaria

Las organizaciones asistenciales médicas deben desarrollar reglamentos, estructuras, prácticas y procedimientos que apoyen un sistema de prestación de servicios culturalmente apropiados.

Estructura política y de práctica social

Desde los órganos públicos de gestión y ordenamiento social se debe fomentar las redes sociales naturales, informales, de apoyo y de asistencia, asociaciones de vecinos, civiles y de abogacía, comerciantes locales o del vecindario, alianzas de grupos, organizaciones étnicas, sociales, espirituales y religiosas, líderes espirituales, y curanderos, medios de comunicación de la comunidad, etc.

Investigación y docencia

Para que la práctica asistencial sea accesible, eficaz y de costo razonable, requiere que los proveedores tengan un más profundo entendimiento de los antecedentes socio-culturales de sus pacientes y sus familias y del medio ambiente en el que viven. En el caso de la necesidad de tener información sobre la salud de los grupos de diversas razas y etnicidades, en nuestro medio es una tarea apremiante. Se necesitan conocimiento y documentación tanto de los resultados de las intervenciones asistenciales como del acceso y utilización de los servicios por parte de estas poblaciones. Para entenderlo en su totalidad es necesario organizar seminarios y cursos de perfeccionamiento, para adecuar los conocimientos científicos sobre los reales riesgos de salud determinados por los flujos migratorios. Se necesita investigación que documente las variaciones de reacción a los tratamientos entre los diferentes grupos raciales y étnicos, los resultados de la educación de salud entre los distintos grupos raciales y étnicos, una regulación curricular y cómo se puede enseñar a los otros médicos.

Desde su remodelación del año 2007, en el nuevo Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se incluye la Atención al Inmigrante. También está incluido como Activo de la Formación Médica Continua y en el Desarrollo profesional Continuo-AP de SEMERGEN.

Calidad

Los servicios médicos culturalmente apropiados mejoran las interacciones entre pacientes y proveedores y, por lo tanto, concluyen en mejores resultados de tratamiento; también pueden crear mejores experiencias interpersonales y hacer que el paciente que recibe el tratamiento médico quede más satisfecho.

Por eso tener conocimiento de las diversas culturas es cada vez más importante para las personas encargadas del control de calidad de los programas de asistencia médica. Además, aquellos que tienen a su cargo diseñar las metodologías de evaluación para el mejoramiento conti-

nuo de servicios, deben confrontar asuntos de raíz cultural que son difíciles pero relevantes para el éxito de las intervenciones médicas.

Los servicios culturalmente competentes estarán inextricablemente ligados a lo que se define como tratamientos médicos eficaces y al sistema de responsabilización profesional y legal, cuyo fin principal es reducir las disparidades existentes entre la población general y las poblaciones de diversas razas, etnicidades y culturas.

CUESTIONES PRÁCTICAS EN LA CONSULTA

Principales condicionantes de salud

Nuestros inmigrantes proceden de países con altos niveles de pobreza, con situaciones generalizadas de desigualdad e injusticia social, donde son nulas las posibilidades de promoción personal, familiar y laboral, y se suceden permanentes violaciones de los derechos fundamentales de las personas. A ello se suman los del mundo en desarrollo, los de su asimilación al mundo desarrollado y la vulnerabilidad como rasgo social y sanitario definitivo dada la precariedad basal en sus condiciones de vida (hacinamiento, malnutrición), la incertidumbre y falta de seguridad en el salto migratorio (falta de apoyo familiar, desadaptación social, riesgos laborales), la falta de inmunidad natural para infecciones autóctonas, el desconocimiento sobre dónde recurrir, la falta de derechos (si es indocumentado) y el riesgo de exclusión social.

Características sociodemográficas

El inmigrante normalmente es joven y sano, con iniciativa y capacidad de lucha, como resultado del filtro que supone la inmigración; emigra quien puede, con un largo proceso personal para llegar a su destino. Pero en comparación con la población autóctona tiene peor nivel socioeconómico, con menos ingresos (incluso por debajo del umbral de pobreza), menor educación primaria y universitaria, mayor desempleo y menos viviendas en propiedad.

Con frecuencia el inmigrante viene solo, dejando familia en su país y con la esperanza de reunificación familiar si la adaptación en España es favorable.

Encuestas de salud

Se realizan constantemente encuestas por diversos grupos de profesionales en colaboración con Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Asociaciones de inmigrantes, Sociedades Científicas etc; textos que son muy útiles para tener una aproximación a la realidad de nuestra población incluidos aspectos de su salud (Encuesta Nacional de Inmigrantes, INE, 2007; Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, ESCIMA 05; Regidor y Colb, Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Junio, 2008). Como médicos de Atención Primaria debemos conocerlas para poder establecer adecuadas relaciones clínicas.

CARACTERÍSTICAS SANITARIAS, ESTILOS DE VIDA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Nuestros pacientes inmigrantes fuman menos, presentan menor sobrepeso y obesidad, menos hipertensión arterial, dislipemias, asma y enfermedades crónicas. Han recibido menos citologías, mamografías, cribado de cáncer colorrectal y de próstata. Tienen menor mortalidad ajustada, mayor esperanza de vida y se sienten con mejor salud.

Los inmigrantes recién llegados, con medicina y sistemas sanitarios distintos en origen, no saben desenvolverse en el nuestro. A esto se le suma las dificultades para comprenderlos y expresarnos en su idioma. Con frecuencia hay discordancia entre las expectativas del paciente y el médico que lo atiende en cuanto a lo que es una enfermedad, su vivencia, el proceso diagnóstico, tratamiento, planes de actuación y medidas preventivas.

Acogida

La base práctica del grado del acercamiento al paciente y del entendimiento que podremos obtener se fundamenta en nuestras habilidades, mediante la entrevista clínica, de establecer una adecuada comunicación médico-paciente y salvar, o al menos minimizar, el impacto de las diferencias culturales, raciales y étnicas y centrarse en la transferencia racial como forma de dirigirse al conflicto del paciente, y no como algo que debe evitarse o ignorarse. De este acercamiento depende el desarrollo posterior de nuestra relación, alianza terapéutica, y determina nuestra capacidad de toma de decisiones clínicas adecuadas, o de ser incompetentes y cometer errores médicos.

Primera visita

Además del nombre, edad y la edad que representa, sexo, estado civil, debemos conocer, identificar, investigar y registrar de nuestros pacientes inmigrantes el país de origen y grupo étnico o cultural, tiempo de residencia en España, migraciones anteriores, situación laboral antes de y después de la migración, situación legal, condiciones de alojamiento, nivel educacional (idiomas hablados y uso del lenguaje), religión, características de la migración (razones, proyectos, acompañantes, relaciones familiares; alergias, vacunas, patologías previas, etc.).

También hay que realizar exploración física atendiendo al estado nutricional, coloración de las mucosas, exploración cutánea exhaustiva, adenopatías, visceromegalias y como pruebas complementarias: hemograma completo, bioquímica básica, sistemático de orina, serología (virus de la hepatitis B [VHB], de la hepatitis C [VHC]), virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], lúes, Mantoux, radiografía de tórax [adultos], parásitos en heces (según procedencia). Siempre bajo la perspectiva de la ética de las pruebas de cribado. No están indicadas de forma general. Solamente las realizaremos en caso de enfermedades prevalentes, frecuentemente asintomáticas y siempre que el tratamiento temprano mejore la evolución.

Patología del inmigrante

Son frecuentes las consultas por síntomas mal definidos, dolores osteomusculares, cansancio, dificultad para el sueño y que con frecuencia se trata de un trastorno del ánimo secundario al proceso migratorio. Las carencias nutricionales son poco frecuentes. La patología digestiva, sobre todo la úlcera péptica y la relacionada con *Helicobacter pilory*, es relativamente más frecuente, en especial en pacientes de origen sudamericano. Es frecuente la lumbalgia y otras dolencias secundarias a las condiciones laborales y a los antecedentes de trabajo en sus países de origen. Respecto a patología infecciosa, consideraremos que el origen de la fiebre pueda ser infecciones importadas. La tuberculosis también es más prevalente en los países pobres; aunque no se recomienda cribado poblacional, hay que considerarla ante los casos de tos o hemoptisis. Conviene valorar el Mantoux, conociendo el estado de vacunación del paciente.

Vacunaciones

En los países en vías de desarrollo origen de la inmigración se aplica el calendario de "mínimos de la OMS" (no incluye hepatitis B, triple vírica ni meningitis). Se considera vacuna administrada solamente cuando hay documento escrito. Se inicia o continúa la vacunación adaptando el calendario vigente en la Comunidad Autónoma de destino.

Salud sexual y reproductiva

Invitaremos a las pacientes a participar en los Programas de Prevención de Cáncer Genital. Facilitaremos información sobre Planificación Familiar y Servicios de Obstetricia y Ginecología. Normalmente en sus países no se controlan las gestaciones, por lo que precisan información al respecto.

Tratamiento

Si diagnosticamos alguna patología iremos abordando el tratamiento según la etnia del paciente, documentándonos progresivamente sobre las peculiaridades que puedan afectar al desarrollo evolutivo.

Es muy frecuente que los pacientes crean que solamente tienen que tomar la medicación mientras duran los síntomas, o tomar la caja de píldoras que les prescribimos y no volver para seguimiento. Tenemos que explicárselo bien y darles por escrito la duración del tratamiento, sobre todo si tienen dificultades con el idioma, no solo por desconocimiento sino también por atribuir diferente significado a las palabras.

EPÍLOGO

Nuestra actuación estará presidida por la precaución, la reflexión y el sentido común. Con el inmigrante la atención médica debe ser especialmente cuidadosa y respetuosa. El primer contacto de necesidad del inmigrante en nuestro país, o al menos de necesidad vital, puede ser con el sistema sanitario. Entonces será nuestra tarjeta de

visita. La impronta. No convirtamos nuestra actuación en otro riesgo para el inmigrante.

Cáncer de cuello uterino. Cribado y diagnóstico precoz

Mercedes Abizanda González

Médico de Familia y Ginecóloga. Centro de Atención Primaria Villa Olímpica. Barcelona.

En el mundo mueren cada año 233.000 mujeres a causa del cáncer de cuello uterino (CCU). En Europa el cáncer de cuello uterino es el cuarto en incidencia y su epidemiología varía como resultado de los movimientos migratorios. El CCU afecta en España a 2.100 mujeres cada año, de las cuales 740 mueren anualmente a causa de este cáncer.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente. La prevalencia de dicha infección es máxima en la segunda década de la vida. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de lesiones cervicales, lesiones vaginales y vulvares de bajo o alto grado a corto o medio plazo, siendo responsables del cáncer de cuello de útero, vaginal o vulvar a largo plazo, mientras que los tipos VPH 6 y 11 son los responsables de las verrugas genitales.

La prevención primaria del CCU consiste en evitar aquellos factores de riesgo para el contagio por VPH y aquellos corresponsables de que dicha infección persista en el tiempo. En esta prevención primaria se encuentran las vacunas frente al VPH. La aplicación de la vacuna contra el VPH junto con la realización de un cribado rediseñado es de donde cabe esperar un gran impacto reductor de la incidencia de CCU.

La prevención secundaria del CCU consistirá en disminuir la morbimortalidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios iniciales. El cribado de cáncer de cérvix en España es oportunista, la utilización de la citología de cérvix en los programas de cribado ha demostrado una marcada disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

El 70% de los falsos negativos en las citologías de cérvix se deben a la toma inadecuada de las muestras. De ahí la importancia de conocer las medidas para aumentar la sensibilidad de la citología.

Por lo tanto, el objetivo de nuestro Taller es aportar conocimientos a los profesionales de Atención Primaria para la atención a la mujer desde una perspectiva global e integrada, dotándoles de herramientas para orientar correctamente las actividades preventivas del cáncer de cuello uterino, instaurando las acciones necesarias para dicho fin (técnica de realización de citología, criterios de cribado, etc.) o aportándoles los criterios de derivación más convenientes.

Conducta a seguir ante la sordera en el adulto

Héctor Vallés Varela

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Exponemos el concepto, frecuencia y causas más importantes de la hipoacusia. Esbozamos una clasificación elemental de la misma, utilizando un criterio fisiopatológico, pudiendo utilizar otros criterios dependiendo de las demandas y necesidades de los asistentes. Asimismo, explicamos la exploración elemental de la hipoacusia mediante la acumetría.

Exponemos los aspectos más importantes de los cuadros clínicos en los que la hipoacusia aparece como síntoma más frecuente o más característico —el tapón de cerumen, la otitis serosa, la otorrea, la otoespongiosis, la sordera súbita y la presbiacusia—, haciendo relación a sus aspectos más prácticos, con numerosas imágenes y vídeos, detallando las pautas elementales de su tratamiento así como los criterios de derivación al especialista.

La sesión clínica se ha organizado en forma de partes separadas tras cada una de las cuales se planteará una discusión o una pausa.

Cuando tus pacientes usan homeopatía, ¿qué debes saber?

M^a José Sáenz Rodríguez

Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Deltebre. Tarragona.

La demanda de medicina no convencional, incluida la Homeopatía, no cesa de aumentar. A pesar de los progresos de la medicina oficial durante el siglo XX, cada vez más pacientes están insatisfechos con la perspectiva convencional. Existen razones muy variadas por las que los pacientes se inclinan hacia una medicina no convencional; por ejemplo, una mala experiencia, miedo a la yatrogenia, referencias de médicos homeópatas, etc. Nos plantearemos las siguientes preguntas: ¿qué es la Homeopatía?, ¿la Homeopatía funciona?, ¿pueden beneficiarse mis pacientes de un tratamiento homeopático? y ¿la Homeopatía es segura?

La Homeopatía se utiliza en más de 80 países de todo el mundo, principalmente en Europa. También está presente en América del Sur (Argentina, Brasil...), India, Pakistán. En América del Norte está en constante crecimiento. Durante los últimos 30 años se ha desarrollado asimismo en Túnez, Marruecos, Venezuela, Israel, Australia...

En España, cerca de 6.000 médicos prescriben, habitual u ocasionalmente, medicamentos homeopáticos. Un 15% de la población ha utilizado ya Homeopatía, y además otro 25% estaría dispuesto a utilizarla.

Más de 300 millones de pacientes en todo el mundo confían en la Homeopatía, y son más de 100.000 médicos los que la utilizan frecuentemente o de forma sistemática.

Por su demostrada eficacia y su perfecta tolerancia, la Homeopatía tiene una importancia cada día mayor dentro de las posibilidades terapéuticas.

La Homeopatía es reembolsada por la Seguridad Social de varios países europeos (Francia, Bélgica...), y estudios farmacoeconómicos realizados en estos países demuestran que mejora la calidad de vida del paciente con una eficacia similar a los tratamientos convencionales y unos costes inferiores.

¿QUÉ ES LA HOMEOPATÍA?

Es un sistema terapéutico que consiste en administrar sustancias en dosis infinitesimales y que en un sujeto sano producirían los mismos síntomas que la enfermedad que vamos a tratar. Cada tratamiento exige una "individualización" meticulosa. La práctica de la Homeopatía consiste en buscar los puntos de contacto existentes entre los síntomas que experimentalmente produce un remedio y los síntomas que presenta el enfermo. La Homeopatía se basa en la idea de que lo similar cura lo similar (*via similia similibus curentur*).

La Homeopatía participa en el proceso de la enfermedad, ayudando a la fuerza vital del organismo, que es la capacidad de mantenerse sano. Estimula las reacciones defensivas inmunitarias y los sistemas de regulación nerviosa, y actúa a favor del cuerpo y no en contra de los síntomas. El remedio homeopático estimula y ordena el proceso de curación (*vis naturae medicatrix*).

La Homeopatía surge como terapia de la mano del médico alemán Samuel Hahnemann (1755-1843). Profundiza en el estudio de los clásicos (Hipócrates), la *Materia médica* de Cullen, y siguiendo las tesis de médicos modernistas, después de observar y experimentar (empezando por él mismo) que algunos remedios de la época provocaban síntomas clínicos en las personas sanas, publica en 1796 un tratado sobre los principios del método homeopático. Su obra, *Organon de la Medicina Racional* (1ª ed. 1810) es el pilar fundamental que sostiene el cuerpo teórico de la Homeopatía. En ediciones posteriores introduce modificaciones como resultado de sus investigaciones.

¿LA HOMEOPATÍA FUNCIONA? ¿PUEDEN BENEFICIARSE MIS PACIENTES DE UN TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO?

Los detractores de la Homeopatía afirman que se trata de un placebo, pero su aplicación en animales y en recién nacidos demuestra que no lo es. Se usa en veterinaria por su sencillez y bajo coste.

Se han publicado cuatro metaanálisis con 105, 89, 19 y 184 ensayos revisados, respectivamente, que descartan la hipótesis de que los efectos clínicos de la Homeopatía

se deban al hecho de ser placebo (Evidencia Ib) (Kleijnen J, et al, BMJ. 1991; Linde K, et al, Lancet. 1997; Linde K, et al, J Altern Complement Med. 1998; Cucherat M, et al, Eur J Clin Pharmacol. 2000). En concreto, en el segundo metaanálisis se concluye que el efecto homeopático es 2,45 veces superior al placebo y el metaanálisis de Cucherat et al, que incluye a un total de 2.001 pacientes, señala que la homeopatía es superior al placebo ($p < 0,001$).

En cuanto a los estudios clínicos realizados en patologías específicas con resultados positivos con diferencia significativa respecto al grupo control, podemos citar:

- *Evidencia Ila*: síndromes gripales, rinofaringitis infantil, prevención de infecciones de vías altas en niños, rinitis alérgica, diarrea infantil, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, osteoartritis, patología reumática, vértigo, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), insuficiencia venosa, íleo postoperatorio.

- *Evidencia I Ib*: prevención de cefalea y migraña, otitis media infantil, dermatitis seborreica, prurito, asma, síntomas de menopausia, síndrome premenstrual, síndrome del túnel carpiano, lesiones de partes blandas, xerostomía bucal, hiperactividad infantil, estomatitis por quimioterapia, lumbalgia.

- *Evidencia III*: patología atópica infantil, depresión, insomnio.

Con respecto a coste-efectividad de la homeopatía, hay dos revisiones que recogen estudios casi experimentales sin asignación aleatoria, que suman 493 y 499 pacientes respectivamente (Witt et al; Trichard et al); muestran que los resultados clínicos de la Homeopatía son superiores a los del tratamiento convencional con costes similares o inferiores.

¿LA HOMEOPATÍA ES SEGURA?

La homeopatía está indicada en cualquier patología, tanto aguda como crónica; en prevención de recaídas; como coadyuvante en cirugía, traumatología. También en primeros auxilios. Se puede administrar en cualquier edad y situación fisiológica (como el embarazo). Su uso no es incompatible con la medicina convencional. En muchas situaciones pueden ser tratamientos complementarios.

En varios estudios los efectos secundarios son leves y de corta duración. Su frecuencia oscila entre el 2 y el 8%. Respecto al tipo de efecto:

- Puede aparecer agudización de la enfermedad en personas hipersensibles, en quienes serían adecuadas dosis más bajas del remedio.

- La repetición excesiva de un remedio inadecuado o en potencias altas puede inducir la aparición de síntomas.

- Una mala indicación de un remedio homeopático puede generar reacciones clínicas inadecuadas en algunos pacientes.

En conclusión, es imprescindible que los medicamentos homeopáticos sean prescritos por médicos formados en Homeopatía, que puedan aplicar el remedio adecuado después de un diagnóstico correcto.

José Javier Aranaz Andrés

Médico de Familia. Homeópata. Centro de Salud Pastrana. Guadalajara.

MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS HABITUALES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cualquier medicamento homeopático puede ser utilizado en una consulta de Atención Primaria. Pero nos centraremos en aquellos más utilizados en las patologías más frecuentes. Este grupo de medicamentos son: *Aconitum*, *Allium cepa*, *Apis mellifica*, *Arnica montana*, *Arsenicum album*, *Aviaire*, *Belladonna*, *Bryonia alba*, *Calcarea carbonica*, *China*, *Graphites*, *Hepar sulfur*, *Ignatia*, *Ipeca*, *Lycopodium*, *Mercurius solubilis*, *Natrum muriaticum*, *Natrum sulfuricum*, *Nux vomica*, *Phosphorus*, *Pulsatilla*, *Rhus toxicodendron*, *Sepia*, *Sulfur* y *Thuya occidentalis*.

EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DEL PONENTE Y MÉDICOS DE LA AUDIENCIA

Exposición de casos clínicos: psoriasis, alergia estacional, bronquitis de repetición, bartolinitis, urticaria, herpes, anemia aplásica. Desarrollo de los casos con tratamiento y seguimiento.

Depresión y mujer. ¿Existen diferencias clínicas y terapéuticas?

José Manuel Benítez Moreno^a y Vicente Gasull Molinera^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Villa Olímpica. Barcelona.

^bMédico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte Vedat. Valencia.

La prevalencia de depresión en nuestro medio es muy superior a la de otras patologías médicas que son objeto de gran atención por parte de los profesionales de la salud, sin embargo, el deterioro en la funcionalidad y calidad de vida que provoca la depresión es significativamente mayor que el que se deriva de muchas otras enfermedades crónicas.

Un aspecto relevante de los trastornos depresivos es que trascienden de forma importante más allá del propio paciente, de manera que sus consecuencias afectan de forma directa al resto de los miembros de la unidad convivencial y provoca un elevado absentismo laboral. No podemos obviar la realidad más cruda de la depresión: la tendencia al suicidio, que en la Unión Europea se cobra casi 60.000 vidas al año.

Clásicamente se ha comprobado que la depresión afecta en mayor medida al sexo femenino, para lo cual se han

buscado explicaciones de índole sociocultural, consistentes en la mayor carga de estrés soportado por la mujer en nuestra sociedad al ser la depositaria –en la mayoría de los casos– del cuidado de los hijos, atención a las tareas domésticas y cuidado de familiares ancianos a su cargo, a todo lo cual hay que sumar el estrés que representa para ella la incorporación al mundo laboral en los últimos decenios.

Sin embargo, las investigaciones de los últimos años avalan que el estrés mantenido en el tiempo es un factor crucial en la aparición del trastorno depresivo, siendo su sustrato biológico los elevados niveles de cortisol que afectan de forma directa a la vitalidad y regenerabilidad neuronal.

Las diferencias de género se sustentan también en otros hallazgos neurobiológicos que explicarían que la mujer, en sus diferentes etapas vitales relacionadas con cambios hormonales, muestra una mayor vulnerabilidad para sufrir depresión (pubertad, embarazo y puerperio, menopausia), trastorno que a menudo se acompaña de un grave cortejo de síntomas físicos: dolor, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos vasculares, etc. Todo ello condiciona algunas diferencias en la respuesta al tratamiento en la mujer.

Por todo lo anterior, la entrevista clínica, el diagnóstico y el manejo terapéutico de la depresión en la mujer requieren de unas habilidades que permitan tratar de forma adecuada la peculiaridad de la depresión en el sexo femenino. El objetivo del presente seminario es aportar elementos que ayuden al médico de Atención Primaria a comprender tales necesidades.

Diagnóstico, manejo y seguimiento de leucemias y linfomas más comunes

José Polo García^a y Miguel Ángel Fuertes Palacio^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.

^bHematólogo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

La Hematología es un área competencial de la Medicina de Familia de gran importancia que exige una continua puesta al día acorde con los cambios en las nuevas técnicas de diagnóstico y en las estrategias de tratamiento.

Las alteraciones analíticas sanguíneas en muchas ocasiones no son reflejo de una enfermedad hematológica sino de otras muchas patologías y entidades no hematológicas, y el médico de familia debe realizar un diagnóstico diferencial y manejo correcto.

Los síndromes mielo y linfoproliferativos presentan una clínica y analítica en ocasiones semejantes y de difícil diagnóstico diferencial. Al repasar estas patologías mediante la presentación de casos clínicos de los procesos más comunes que pueden acontecer a distintas edades, pretendemos realizar una actualización y repaso de la interpretación correcta de los síntomas y signos clínicos de presentación, de los datos analíticos y de las diversas actitudes en el manejo y tratamiento de estos pacientes.

El concepto de síndromes mieloproliferativos fue acuñado por Dameshek en 1951 y engloba a las hemopatías que se caracterizan por tener su origen en la célula madre pluripotencial o “stem cell” y según la línea celular que prolifera desordenadamente da lugar a distintas enfermedades que comparten una serie de características hematológicas, clínicas y evolutivas: policitemia vera (proliferación fundamentalmente de la serie roja), leucemia mieloide crónica (serie granulocítica), trombocitosis esencial (serie megacariocítica) y metaplasia mieloide agnógena, también llamada mielofibrosis idiopática (proliferación y fibrosis en médula ósea).

La leucemia mieloide crónica (LMC) representa el 15% de todos los casos de leucemias. Es más frecuente en hombres que en mujeres y más en adultos que en niños y adolescentes. Se caracteriza por una producción excesiva e incontrolada de la serie granulocítica en la médula ósea, que se traduce en la sangre periférica por una intensa leucocitosis. Las células hematopoyéticas contienen una translocación recíproca entre los cromosomas números 9 y 22 en más del 90% de los pacientes que conduce a un brazo largo acortado de uno de los cromosomas del par 22 conocido como cromosoma Philadelphia (Ph). La LMC es de etiología desconocida y se ha visto relacionada con la exposición intensa de radiaciones ionizantes. Clínicamente los pacientes sintomáticos refieren astenia, anorexia, molestias abdominales por la esplenomegalia, pérdida de peso y sudoración excesiva. Los datos de laboratorio muestran una importante leucocitosis con neutrófilos maduros y sus precursores mieloides, aumento de basófilos, recuentos de plaquetas normales o elevados y en ocasiones anemia moderada.

Existen también las leucemias mieloides agudas con sus diversas líneas de proliferación (mieloblástica, promielocítica, monoblástica, eritroblástica y megacarioblástica), todas ellas de curso agresivo y con mal pronóstico, que se caracterizan por presentar en las cifras analíticas intensas anemias y trombocitopenias con o sin leucocitosis y que exigen tratamiento hospitalario con importante deterioro del estado general y complicaciones infecciosas o hemorrágicas frecuentes.

Los síndromes linfoproliferativos (SLP) son las enfermedades que tienen origen linfoide. Pueden ser agudos, (leucemias y linfomas linfoblásticos), y crónicos (leucemia linfática crónica y amplia variedad de linfomas). Según su presentación clínica se denominan leucemia por su constante linfocitosis circulante o linfoma por

existir un predominio de proliferación tumoral sólida en ganglios, bazo u otros órganos que en algunas ocasiones pueden cursar con expresión leucémica si se observan linfocitos clonales circulantes.

La leucemia linfática crónica (LLC) es una proliferación y acumulación de linfocitos de pequeño tamaño, aspecto maduro y fenotipo B en el 95% y T en el 5% de los casos. Es la leucemia más frecuente en los adultos occidentales y representa alrededor del 30% de todas las leucemias, con una incidencia de 0,9-2,4 casos por 100.000 habitantes y año. La edad media de presentación es de 65 años, aunque en un 10% de los casos pueden presentarse en pacientes menores de 50 años. Es más frecuente en varones.

Las manifestaciones clínicas se deben a la infiltración de la médula ósea, ganglios linfáticos y otros tejidos por los linfocitos y a las alteraciones inmunológicas. En más del 50% de los casos los pacientes están asintomáticos y la exploración física puede ser normal, diagnosticándose al realizar una analítica de rutina. En otros pacientes puede cursar con astenia, adenopatías o infecciones repetidas. Síntomas como fiebre, sudoración y pérdida de peso son menos frecuentes.

Los linfomas no hodgkinianos (LNH) tienen su origen en la proliferación de células linfoides y sus características dependen del tipo de célula que prolifera y de su localización. La incidencia de los LNH es de 3 a 6 casos por 100.000 habitantes y año. Los linfomas de bajo grado de malignidad suelen aparecer en personas de edad media de 60 años, sin predominio de sexo. Los linfomas de intermedio y alto grado de malignidad pueden aparecer en cualquier edad y son más frecuentes en hombres.

En la etiopatogenia se han relacionado con etiología vírica (virus de Epstein-Bar, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), con alteraciones cromosómicas y oncogenes o con la exposición a radiaciones ionizantes o a sustancias químicas (benceno, amianto, tintes, pesticidas o fármacos). Clínicamente pueden tener una presentación ganglionar o extra ganglionar y en muchos casos hay síntomas generales conceptuados como signos B: fiebre, sudoración o pérdida de peso superior al 10% en los últimos 6 meses.

La enfermedad de Hodgkin, llamada así en honor a Thomas Hodgkin, es un linfoma particular por la proliferación típica de la célula de Reed-Stenberg. De etiología desconocida, se ha postulado en ocasiones una causa vírica. La edad de aparición presenta dos picos de mayor incidencia alrededor de los 20 y 50 años y es más frecuente en varones en proporción 2/1. La incidencia es de 3 a 4 casos por 100.000 habitantes y año.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de adenopatías localizadas por orden de mayor a menor frecuencia en regiones cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales. Los síntomas generales o signos B como fiebre, sudoración y pérdida de peso se acompañan en ocasiones con prurito. Como todos los linfomas, pueden tener afectados otros órganos como bazo e hígado.

El potencial de la investigación cualitativa en Atención Primaria

Fernando Sabirón Sierra

Universidad de Zaragoza.

¿Qué enriquece la Atención Primaria, limita la respuesta hospitalaria y transforma al paciente en persona? La comunicación junto a la información, la conversación junto a la prueba, la relación junto al historial, la interacción junto a la prescripción, el contexto frente a la cama, la mediación ante lo desconocido, el acompañamiento frente a los miedos, la medicina del conjunto más allá del sumatorio de las partes especializadas. En ciencia seguimos en nuestro mismo camino y así, frente a la investigación de laboratorio, necesaria pero insuficiente, se desarrolla el estudio de caso, y en cada caso la comprensión de la cualidad frente al dominio de la cantidad, porque el paciente, el usuario, el contribuyente o el ciudadano, es persona, y singular.

La investigación cuantitativa aporta magnitudes bajo la curva normal, en tanto que a la cualitativa le interesa la vivencia del fenómeno. En el primer caso, los resultados nos permiten diagnosticar el cuánto, la segunda intervenir sobre el cómo, con los parámetros de eficacia, eficiencia y calidad al uso; pero sobre todo con un sentido de la acción profesional fundamentada en la mejora de la calidad de vida de la persona atendida, y en su entorno de referencia.

Desde los referentes de la complejidad y el caos, la multirreferencialidad y la transdisciplinariedad, el socio-constructivismo, o la observación participante, intentando ejemplificar la investigación en la práctica médica diaria, se presentarán, a lo largo del taller, los fundamentos y las posibilidades que ofrece la investigación cualitativa para un desarrollo profesional del médico de familia basado en la competencia investigadora.

Enfermedad arterial periférica: de la Medicina Basada en la Evidencia a la práctica clínica

Eduardo Carrasco Carrasco^a y José M. Estevan Solano^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Abarán. Murcia.

^bEspecialista en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Central de Oviedo.

Las enfermedades vasculares que afectan a extremidades inferiores (EEII) constituyen un importante problema de

salud por su prevalencia y morbimortalidad. Las consultas por enfermedad vascular en un centro de salud suponen un 3,5% del total, correspondiendo el 30,8% a arteriopatías.

En la consulta de Atención Primaria es frecuente que se presenten pacientes con dolores intensos en las piernas y dificultades para andar. Al tratarse de un dolor referente al aparato locomotor, existe una tendencia bastante generalizada de buscar una patología articular o muscular, pasando por alto que el origen puede estar en una enfermedad circulatoria.

En la literatura anglosajona, la enfermedad arterial periférica (EAP) hace referencia a la obstrucción crónica de origen aterosclerótico de las arterias de las EEII, siendo también conocida por su síntoma paradigmático, que es la claudicación intermitente.

La EAP es una patología muy frecuente causada mayoritariamente por una lesión aterosclerótica que normalmente afecta de forma generalizada a las arterias en sus diversas localizaciones (coronarias, cerebrales, renales, aorta abdominal, ilíacas, femorales...). Su prevalencia es variable según la población estudiada, de forma que, en España y en población general, varía entre un 10,5% y un 26%, cifras que podrían ser más elevadas en sujetos asintomáticos. La prevalencia en población general está muy influenciada por la edad.

Si nos referimos a población de riesgo, en sujetos con síndrome metabólico, la prevalencia fue del 28% y del 40% en sujetos con síndrome coronario agudo. La prevalencia de la EAP, tanto sintomática como asintomática, es mayor en varones que en mujeres, sobre todo en la población más joven, ya que en edades muy avanzadas prácticamente no se alcanzan diferencias entre ambos grupos. Además, la prevalencia en los varones es mayor en los grados de afectación más severa.

Pero la más importante es su asociación a mortalidad cardiovascular, de forma que los pacientes con EAP poseen un riesgo cardiovascular 5 veces mayor que sus controles y el 70% de los pacientes en general y el 90% de los sujetos sintomáticos, mueren por un evento cardiovascular (íctus, infarto de miocardio). Este hecho está en consonancia con el carácter multisistémico de la aterosclerosis, convirtiéndose la EAP en un signo de afectación aterosclerótica en otros territorios vasculares. Además, duplica el riesgo de segundo evento coronario o cerebral en pacientes con infarto o ictus previo que tienen EAP respecto a los que no la tienen. Por tanto, la predicción de riesgo relacionada con la presencia de EAP es útil tanto en prevención primaria como secundaria.

En el estudio PARTNERS, del total de pacientes en los que se realizó el cribado de enfermedad vascular, sólo un 13% presentaba una EAP aislada, sin otra manifestación de enfermedad cardiovascular. En el 32% de los pacientes coexistía enfermedad coronaria o enfermedad cerebrovascular, y un 24% tenía afectación de los 3 territorios. Por otro lado, la principal causa de muerte tardía en los pacientes con EAP es la cardiopatía isquémica (hasta un 50% de las muertes en pacientes con EAP). A la inversa,

la prevalencia de EAP en los pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria llega a ser del 30%.

En cuanto al pronóstico de la extremidad, en la mayoría de las ocasiones la evolución clínica de la EAP es bastante estable debido al desarrollo de circulación colateral, a la adaptación metabólica de las masas musculares implicadas y al uso, muchas veces inconsciente, de grupos musculares no isquémicos. A los 5-10 años, el 70-80% de los sintomáticos permanecen sin cambios o mejoran, 20-30% progresan y requieren cirugía y menos del 3% necesitan amputación de la extremidad.

A pesar de estos datos, la importancia real de la EAP supera a la percibida por los profesionales sanitarios.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la EAP puede clasificarse en funcional y crítica. La isquemia funcional ocurre cuando el flujo sanguíneo es normal en reposo pero insuficiente durante el ejercicio, manifestándose clínicamente como claudicación intermitente. La isquemia crítica se produce cuando la reducción del flujo sanguíneo ocasiona un déficit de perfusión en reposo y se define por la presencia de dolor en reposo o lesiones tróficas en la extremidad. En estas circunstancias, el diagnóstico preciso es fundamental, ya que hay un claro riesgo de pérdida de extremidad si no se restablece un flujo sanguíneo adecuado, mediante cirugía o tratamiento endovascular. Diferenciar ambos conceptos es importante para establecer la indicación terapéutica y el pronóstico de los pacientes con EAP. El grado de afectación clínica dependerá de dos factores: la evolución cronológica del proceso (agudo o crónico) y la localización y la extensión de la enfermedad (afectación de uno o varios sectores).

Su presencia está relacionada en todos los territorios con los factores de riesgo de la EAP, que son similares a los de la enfermedad aterosclerótica (edad, sexo masculino, tabaquismo, diabetes, hiperlipemia, hiperhomocisteinemia, hipertensión arterial...), siendo la diabetes y el tabaquismo los más importantes.

En cuanto a la metodología diagnóstica de la EAP, la sospecha clínica a través de la presencia de claudicación intermitente, descenso de la temperatura de la extremidad, cambio de coloración, ausencia de pulsos o de lesiones dérmicas, nos obligan a objetivar la presencia de la enfermedad por una prueba complementaria. La clasificación clínica de Fontaine gradúa la afectación de la EAP. El grupo muscular afectado durante la marcha tiene utilidad para conocer la localización de la lesión oclusiva. Aunque la mayoría de los pacientes referirá claudicación gemelar, la presencia de claudicación en las masas musculares glúteas o del muslo puede indicar la presencia de una enfermedad en el eje ilíaco. La claudicación por enfermedad femoropoplíteas se localiza de manera característica en las masas gemelares, y las oclusiones infrapoplíteas pueden manifestarse únicamente como claudicación en la planta del pie.

La mayoría de los casos de EAP son asintomáticos, constituyendo pocas veces una enfermedad local grave pero comportándose como un excelente marcador de enfermedad arterial sistémica y, aunque el pronóstico local

no es habitualmente malo, sí lo es el general por el riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (infarto de miocardio e isquemia cerebral). Los mecanismos de adaptación, principalmente la circulación colateral, permiten que la isquemia no se manifieste hasta que el grado de obstrucción es muy avanzado (más del 50% de la luz arterial).

En la exploración vascular de la EAP es fundamental la valoración de los pulsos y la auscultación del abdomen y la región inguinal.

En el marco ambulatorio, el índice tobillo-brazo (ITB) es la prueba más asequible. Un ITB < 0,9 tiene una sensibilidad mayor del 95% y una especificidad cercana al 100% para el diagnóstico de EAP, en comparación con la arteriografía; además, es el mejor predictor de progresión de la enfermedad.

Las variaciones del ITB se han correlacionado con la gravedad y extensión de la enfermedad coronaria así como con el índice íntima-media carotídeo. En estudios poblacionales se ha mostrado que por cada descenso de 0,1 en el ITB se produce una elevación del 10% en el riesgo de presentar un evento vascular mayor. De forma añadida, el ITB constituye la prueba más coste-eficaz en individuos de riesgo asintomáticos para el diagnóstico de EAP.

Otra prueba asequible en Atención Primaria es el ecodoppler de la extremidad.

En cuanto al tratamiento de la EAP, los objetivos básicos son los referidos a mejorar la supervivencia, preservar la extremidad y mejorar los síntomas con el ejercicio, prolongar la marcha y mejorar la calidad de vida del paciente.

El control de los factores de riesgo sería el primer paso para lograr los objetivos de tratamiento. La antiagregación es necesaria en estos pacientes. En la mejoría de la marcha y claudicación intermitente, algunos fármacos han demostrado su efecto positivo. La realización de un ejercicio supervisado también ha demostrado su efectividad.

Ya que el diagnóstico y abordaje de la EAP es vital para mejorar el pronóstico cardiovascular y de la extremidad, el médico de Atención Primaria se convierte en una figura fundamental para atender esta patología, derivarla y controlarla posteriormente, siempre en consonancia e intercomunicación con el especialista vascular de referencia.

La ausencia de formación específica en este campo durante el pregrado de Medicina hace que sea una necesidad sentida y aclamada la oferta de cursos y talleres prácticos sobre el manejo de esta patología por parte de las sociedades científicas. Así lo ha expresado el médico de Atención Primaria en diversos foros y en los resultados de las encuestas de satisfacción tras su asistencia a actividades relacionadas con el tema en cuestión.

El médico de Atención Primaria español es un profesional competente en su ámbito de actuación como lo demuestra el poder de resolución que posee, puesto de manifiesto en diversos estudios. Pero la diversidad de las áreas que ocupa hace que posea más experiencia en ciertas enfermedades y no en otras.

Por otro lado, la oferta formativa es más restringida en algunos campos y esto hace que no se adquiera la actualización necesaria o el conocimiento de algunas materias. No es que el médico de Atención Primaria desconozca la isquemia arterial de miembros inferiores, quizá sea que haya una menor sensibilización y menor oferta formativa sobre esta patología isquémica si la comparamos con la hipertensión, la diabetes o la cardiopatía isquémica.

La menor experiencia del médico de Atención Primaria en el manejo de la isquemia arterial de miembros inferiores puede derivar en la utilización de mayores recursos de segundo nivel, disminuyendo así la gestión eficiente del sistema sanitario.

La ventaja más importante que deriva del mejor conocimiento de la EAP es la disminución de la morbimortalidad atribuible al mejorar, mediante la formación continuada, el conocimiento de los factores de riesgo, el diagnóstico, manejo y prevención de estas patologías. Otras ventajas serían la mejor atención al paciente y la mejora en la gestión de la consulta, la disminución de la utilización de los recursos de la Atención Especializada y la práctica de una Medicina Basada en la Evidencia, gestionando de una manera más eficiente los recursos sanitarios, junto con la mejora en la intercomunicación e interrelación con el angiólogo y otros profesionales hospitalarios.

Este seminario sobre EAP pretende proveer al médico de Atención Primaria de los conocimientos básicos sobre la enfermedad y de las habilidades necesarias para el manejo eficiente de la EAP y busca la interrelación positiva entre niveles asistenciales. Se han desarrollado algoritmos de actuación prácticos que pueden ayudar al ejercicio diario de la medicina. Todo ello basado en la última evidencia publicada.

Enfoque diagnóstico y control del paciente con insuficiencia renal crónica

Manuel M.^a Ortega Marlasca^a y Montserrat Pimienta Escrihuela^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Telmo. Jerez de la Frontera. Cádiz.

^bMédico Residente 4º Año. ABS Llefià. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

En los últimos años, la enfermedad renal crónica (ERC) ha experimentado un aumento de su incidencia y prevalencia, en parte como consecuencia del envejecimiento de la población y del incremento de patologías como la aterosclerosis, la diabetes mellitus (DM) tipo 2 o la hipertensión arterial (HTA).

El diagnóstico de la ERC es importante para la prevención tanto del deterioro de la función renal como de

las complicaciones cardiovasculares, las cuales son responsables de una elevada morbilidad. El médico de Atención Primaria (AP) desempeña un papel protagonista en estas cuestiones, especialmente en el diagnóstico precoz de la enfermedad en los estadios 1 y 2, fundamental en la prevención de la pérdida de función renal y aparición de complicaciones. Por ello, desde hace algunos años, se han puesto en marcha varias iniciativas que pretenden mejorar la detección, la asistencia y el pronóstico de la ERC mediante acciones estratégicas que comportan la coordinación y colaboración de distintas especialidades médicas y niveles asistenciales.

En España se estima una prevalencia de ERC del 11%, pero este valor resulta infraestimado cuando se considera la prevalencia de ERC oculta (enfermedad renal con valores de creatinina sérica en rango de normalidad), entonces la prevalencia se incrementa hasta un 19,2% en población adulta, 21,5% entre hipertensos y 40,5% en diabetes. Esto pone de manifiesto la frecuencia de ERC oculta en la HTA y en la DM, patologías altamente frecuentes en Atención Primaria, y la necesidad e interés de utilizar fórmulas alternativas a la determinación de la creatinina sérica a la hora de evaluar la función renal en la población de alto riesgo cardiovascular.

Se define la ERC como el daño renal o la presencia de un filtrado glomerular (FG) disminuido durante un periodo mayor de tres meses (*National Kidney Foundation*). El concepto de lesión renal hace referencia a la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que puedan conducir a un descenso del FG, puestas de manifiesto directamente por alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o mediante técnicas de imagen. La combinación de ambos criterios diagnósticos es la base para la clasificación de la ERC en 5 estadios, considerándose insuficiencia renal cuando el FG es inferior a 60 ml/min/1,73 m².

Los pacientes con ERC en estadios 1 y 2 son tributarios de beneficiarse del diagnóstico precoz y de medidas preventivas de progresión de ERC. En estadio 3 deben recibir tratamiento adecuado desde la AP para prevenir la progresión de insuficiencia renal, para lo cual, es clave la contribución del nefrólogo. En el estadio 4 es importante la remisión precoz a Nefrología, ya que en este estadio el nefrólogo debe instaurar una terapia más específica (muchas tan solo accesibles al nivel hospitalario) y planificar la posible terapéutica renal sustitutiva. Los pacientes en estadio 5 presentan un fallo renal o insuficiencia renal terminal, situación que debe dirigir el nefrólogo en su mayor parte.

El diagnóstico precoz resulta, pues, clave para la prevención de la pérdida de función renal y de las complicaciones. El diagnóstico precoz se basa en la realización de una analítica básica, que debe solicitarse en AP a todos los individuos con riesgo elevado de desarrollar ERC (HTA, DM, enfermedad cardiovascular [ECV] previa, ingesta de fármacos nefrotóxicos, litiasis urinaria recurrente, obstrucción de tracto urinario, bajo peso al naci-

miento, raza afroamericana y mayores de 60 años). La concentración de creatinina por sí sola no debe utilizarse para valorar la función renal porque puede provocar una infravaloración de la prevalencia de ERC, especialmente en ancianos. El aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas presenta limitaciones importantes derivadas de la dificultad para la correcta recogida y de que sobrestima el verdadero valor de FG como consecuencia de la secreción de creatinina a nivel del túbulo renal, especialmente en presencia de insuficiencia renal. Por ello, actualmente, se recomienda la utilización de fórmulas para la estimación del FG mediante ecuaciones predictivas que incluyen la concentración de creatinina y algunas variables antropométricas. La evidencia científica existente demuestra que estas ecuaciones son más exactas y precisas para la valoración del FG que la medida exclusiva plasmática o de su aclaramiento renal.

Los criterios de derivación desde AP a Nefrología no están bien establecidos. Basarse en un nivel de función renal para la remisión al nefrólogo no es una buena estrategia, ya que estamos asistiendo a un incremento considerable de la población anciana y, en consecuencia, con deterioro leve-moderado en la función renal como consecuencia del envejecimiento fisiológico y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. El volumen de población con patología renal leve remitida a los Servicios de Nefrología sería inasumible por dichos especialistas. Los criterios de derivación deberán basarse en la existencia de factores de progresión renal, como proteinuria (especialmente si se asocia a hematuria y es progresiva), deterioro progresivo de la función renal y la presencia de anemia de origen renal. Sólo se deben remitir a Nefrología, los pacientes con signos de alarma.

Se ha observado que la elaboración de protocolos locales consensuados por grupos de trabajo constituidos por especialistas hospitalarios y médicos de AP, mejora la calidad de la asistencia al paciente con patología crónica. En el caso de la IRC, una buena comunicación bidireccional con Nefrología es aconsejable para optimizar las derivaciones, sobre todo porque si se remite de forma tardía, este tipo de paciente, no podrá beneficiarse de los cuidados que permiten enlentecer o detener la progresión de la enfermedad.

La detección precoz, la vigilancia periódica de los signos de alarma, el tratamiento correcto de los factores de progresión renal, evitar iatrogenia y administración de fármacos nefrotóxicos, forman parte del manejo adecuado del paciente de ERC en la AP.

Con nuestro seminario pretendemos dar un enfoque práctico sobre el diagnóstico de la IRC en sus diferentes estadios y recordar las principales claves en el manejo desde la Atención Primaria, del paciente con enfermedad renal crónica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gràcia García S, Montañés Bermúdez R, Deulofeu Piquet R. Resumen de las recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. Documento de Consenso. 2006.

Llisterri Caro JL, Gorriz Teruel JL, Manzanera Escribano MJ, Pallardó Mateu LM. Protocolo local consensuado para un adecuado manejo de la enfermedad renal crónica en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2008;97-103.

Otero A, Gayoso P, García F; EPIRCE study group. Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population: results of the pilot Spanish EPIRCE study. Kidney Int Suppl. 2005;516-9.

Tranche S, Riesgo A, Marín R, Díaz G, García A. Prevalencia de insuficiencia renal oculta en población diabética tipo 2. Aten Primaria. 2005;35:359-64.

Estrategias de deshabituación tabáquica

José-Luis Díaz-Maroto Muñoz^a y Carlos Jiménez Ruiz^b

^aCoordinador del grupo de trabajo de tabaquismo de SEMERGEN.

^bDirector de la Unidad de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid
Miembro del grupo de trabajo de tabaquismo de SEMERGEN.

El consumo de tabaco ocasiona un grave problema de Salud Pública en España. Es responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, del 95% de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del 50% de la mortalidad cardiovascular.

El tabaquismo queda definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad adictiva crónica, que además en muchas ocasiones presenta recaída.

En España cada día fallecen 150 pacientes fumadores por las enfermedades asociadas al consumo de tabaco, fundamentalmente cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pese a este panorama un tanto desalentador, el tabaquismo es la primera causa prevenible de mortalidad y de morbilidad en nuestro país.

Los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria se deben implicar en prevenir, diagnosticar y tratar el tabaquismo, que se constituye como una terrible epidemia.

La sociedad española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), que engloba a un elevado número de profesionales médicos que pertenecen al primer escalón asistencial, como sociedad científica, está muy sensibilizada frente a esta amenaza, y pone a disposición de sus socios y demás médicos, todas las herramientas necesarias para ayudar y apoyar a intervenir en tabaquismo.

Actualmente se encuentra en fase de ejecución el ambicioso proyecto denominado Desarrollo Profesional Continuo (DPC), y como no podía ser de otra forma, el tabaquismo está perfectamente representado en dicho proyecto.

Durante el XXXI Congreso Nacional de Semergen, que se celebrará el próximo mes de octubre en la ciudad de Zaragoza, se llevará a cabo el desarrollo de un seminario

que ofrecerá las estrategias para abordar el tabaquismo en Atención Primaria.

Este seminario ya tiene tradición en los congresos nacionales y ofrece a los asistentes una visión global de cómo se debe afrontar el tabaquismo en nuestras consultas.

En la parte teórica se hará una introducción breve de la magnitud de la enfermedad del tabaquismo, se desarrollarán el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. En la parte práctica, muy interesante para propiciar el debate, participarán los asistentes, mediante la formación de grupos de trabajo, para discutir casos clínicos.

Además, se realizará la determinación del CO en aire espirado del fumador, es decir la cooximetría, prueba muy útil y sencilla, para que se aplique en Atención Primaria, y de gran impacto para los pacientes fumadores.

Manejo de la artritis reumatoide

Francisco Javier Manero Ruiz

Jefe de Sección de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

El taller-seminario se ha dividido en dos apartados: 1) ¿qué debe conocer el médico de Atención Primaria de la artritis reumatoide (AR)?, 2). actuación del médico de Atención Primaria en la AR.

En la primera parte se actualizan las características de una enfermedad que afecta aproximadamente al 0,5%-1% de la población, con preferencia en las mujeres. Las manifestaciones clínicas destacan por ser una poliartritis crónica, progresiva y aditiva que en su evolución lleva a la destrucción y deformación articular. Como resultado aparece incapacidad funcional e importante disminución de la calidad de vida. El 70% tiene erosiones articulares a los dos años de evolución y un 50% tiene alguna discapacidad grave a los 10 años. Por lo tanto es una enfermedad severa, no sólo articular, ya que hay manifestaciones sistémicas y con una comorbilidad asociada (osteoporosis, úlcera gastroduodenal, infecciones, factores vasculares...) que incrementan la mortalidad. La esperanza de vida se acorta entre 5 y 10 años. En el taller se revisarán las formas de medir la artritis (HAQ, DAS), los factores pronósticos (HAQ, factor reumatoide, anticuerpos anticitrulinados, erosiones previas...) y los últimos tratamientos a través de algoritmos. Un caso clínico de una artritis de larga evolución permitirá familiarizarnos con las últimas novedades terapéuticas como los anti-TNF α , la molécula moduladora de la coestimulación, el antagonista de la interleucina 6 y los antilinfocitos CD20.

El segundo apartado analiza el papel que desempeña el médico de Atención Primaria en el diagnóstico precoz y el seguimiento de la AR. Por medio de un caso clínico se explica la importancia de reconocer precozmente las

formas de inicio de AR, qué manifestaciones clínicas se deben buscar y cómo explorar al paciente. La utilización de los tratamientos en los primeros momentos de la enfermedad, las combinaciones y un control estricto han demostrado la disminución de su progresión y, por lo tanto, la mejora de la calidad de vida. Se trata de aprovechar la “ventana de oportunidad” terapéutica que tiene la AR. Un retraso en la instauración del tratamiento de tres meses ya tiene consecuencias en el *outcome* de la enfermedad. El reconocimiento de la artritis permitirá derivar al paciente al inicio y su atención en las Unidades de Artritis Precoz.

El papel del médico de Atención Primaria no deja de ser menos importante en el seguimiento, una vez que el paciente está diagnosticado y tratado. Se producen “escapes” de la enfermedad que hay que reconocer y tratar, conocer cómo se hacen los controles analíticos, cómo se valoran los acontecimientos adversos más frecuentes y el manejo de la comorbilidad. Como ejemplos, el intervalo de monitorización de metotrexate depende de la duración del tratamiento: 2-4 semanas en los 3 primeros meses o cada 12 semanas si lleva más de 6 meses en tratamiento. Un mal control de los factores de riesgo cardiovascular junto a la actividad inflamatoria de la AR incrementa la mortalidad.

Manejo de las dislipemias

Ángel Díaz Rodríguez^a y Francisco-Javier García-Norro Herreros^b

^aCoordinador del Grupo de Lípidos de SEMERGEN. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre (León).

^bMiembro del Grupo de Lípidos de SEMERGEN. Especialista en Medicina Interna y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condasa (León).

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de mortalidad y hospitalización en la población española, a expensas fundamentalmente de la cardiopatía isquémica (CI), más frecuente en el varón, y de la enfermedad cerebrovascular, más frecuente en la mujer, que en conjunto producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total; constituyen la tercera y cuarta causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. La tercera ECV como causa de muerte es la insuficiencia cardíaca (IC) que ocasiona aproximadamente el 15% de la mortalidad total (11% en varones y 19% en mujeres).

El sustrato anatomofisiopatológico común de las ECV es la arterioesclerosis, proceso multifactorial al que contribuyen numerosos factores de riesgo cardiovascular

(FRCV), siendo uno de los más frecuentes e importantes la hipercolesterolemia.

Entre el 50-69% de los españoles tienen hipercolesterolemia (colesterol total [CT] > 200 mg/dl) y el 20% ≥ 250 mg/dl¹⁻³. La población española tiene unos valores medios de CT de 221 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) de 141 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) de 53 mg/dl (48 en hombres y 58 en mujeres) y 135 mg/dl para los triglicéridos (TG). Las concentraciones de colesterol en la población están influidas por determinantes genéticos, ambientales y alimentarios, en especial la ingestión de grasas saturadas y en menor medida de colesterol.

El 25% de los pacientes en las consultas de Atención Primaria están diagnosticados de dislipemias. El grado de tratamiento farmacológico de las dislipemias en las consultas ambulatorias españolas es moderadamente alto (3 de cada 4 pacientes lo reciben), pero el grado de control es bajo pues sólo 1 de cada 3 dislipémicos diagnosticados y tratados está controlado adecuadamente⁴. Además y contrariamente a lo deseable, el grado de control disminuye conforme aumenta el RCV de los pacientes. Entre los factores asociados al mal control de las dislipemias figuran la sobreestimación del control real de los pacientes por parte de los médicos, la inercia terapéutica clínica (conducta terapéutica más conservadora ante pacientes realmente mal controlados) y el incumplimiento terapéutico.

Por lo tanto es una necesidad detectada en los estudios epidemiológicos con un amplio margen de mejora en el grado de control y consecución de objetivos, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria.

Con la evidencia creciente del beneficio clínico del tratamiento intensivo de la hipercolesterolemia junto con la elevada prevalencia de dislipidemias mixtas asociadas a la diabetes y al síndrome metabólico, surge la necesidad de nuevas estrategias hipolipemiantes para alcanzar más eficazmente los objetivos terapéuticos que permitan controlar el riesgo cardiovascular de nuestra población.

Desde el punto de vista del control del c-LDL, las actuales recomendaciones internacionales recogidas en las guías establecen objetivos de control cada vez más estrictos, definiendo una categoría de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que requieren conseguir niveles de c-LDL < 70 mg/dl en las guías americanas⁵ o < 80 mg/dl en las guías europeas⁶. La mayoría de los pacientes de alto riesgo cardiovascular requiere reducciones de c-LDL > 50% para conseguir el objetivo terapéutico.

Las estatinas constituyen actualmente el tratamiento más eficaz, y son el tratamiento de elección para disminuir los niveles de colesterol plasmático⁷. La eficacia de las estatinas en el tratamiento y prevención de las enfermedades coronarias está bien establecida. A pesar del beneficio claramente establecido de la monoterapia con estatinas usadas en dosis bajas a moderadas para prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular³, los estudios clínicos más recientes⁸⁻¹³, han demos-

trado el beneficio adicional de una terapia más intensiva con estatinas. El reciente metaanálisis de Josan et al¹⁴ corrobora los resultados obtenidos en los ensayos anteriores y concluye que el régimen intensivo consigue reducciones adicionales de c-LDL de forma segura, y que más de la mitad de los pacientes no alcanzan los objetivos de control en prevención secundaria (c-LDL < 2 mmol/l).

Los resultados de estos estudios confirman la relación directa entre la reducción del c-LDL con el tratamiento y el riesgo absoluto de eventos coronarios, y que mayores disminuciones del c-LDL se asociaban a mayores beneficios clínicos. Actualmente se considera que el c-LDL cuanto más bajo esté mejor. La cifra óptima del c-LDL podría situarse entre 50-70 mg/dl¹⁵. Incluso se podría predecir que para prevención secundaria la tasa de eventos coronarios se aproxima a cero para unas concentraciones de LDL de 30 mg/dl.

Aunque muchos pacientes pueden alcanzar estos objetivos tan estrictos con dosis elevadas de las estatinas de mayor potencia, como atorvastatina y rosuvastatina, la realidad es que un porcentaje significativo de pacientes no alcanzan los objetivos de tratamiento de c-LDL, situación especialmente crítica en los pacientes de mayor riesgo cardiovascular^{16,17}. En prevención secundaria sólo alcanza objetivos de control (LDL < 100 mg/dl) el 20% de los pacientes^{18,19}.

A pesar de toda la evidencia disponible, los médicos con gran frecuencia no titulan adecuadamente las estatinas hasta las dosis más altas para alcanzar un mayor efecto hipolipemiante o, cuando esto ocurre, la terapia con altas dosis de estatinas pierden eficacia de forma progresiva o se asocian a efectos secundarios hepáticos y/o musculares que impiden alcanzar todo su potencial hipolipemiante. Además, a pesar de la creciente utilización de las estatinas, tienen lugar un número significativo de eventos coronarios en pacientes con hiperlipemia familiar combinada, obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, debido fundamentalmente al riesgo cardiovascular residual²⁰ que no se elimina con el descenso del c-LDL, y se atribuyen entre otros factores a la dislipemia mixta o cuarteto lipídico que presentan estos pacientes: hipertrigliceridemia, c-HDL bajo, aumento del colesterol no HDL, aumento de las partículas LDL pequeñas y densas, y aumento de las apo B.

Cada vez es más deseable disponer de intervenciones terapéuticas encaminadas a lograr los objetivos primarios de c-LDL y los objetivos secundarios de todas las alteraciones lipídicas presentes para lograr una mayor disminución del riesgo cardiovascular y del riesgo residual. La terapia combinada aumenta la probabilidad de lograr todos estos objetivos²⁰.

OBJETIVO GENERAL

Abordar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con dislipemias orientado a la consecución de objetivos terapéuticos, considerando la importancia de la hiperco-

lesterolemia como un FRCV mayor para la aparición de la enfermedad cardiovascular y su elevada prevalencia en las consultas de Atención Primaria, teniendo en cuenta no sólo los niveles de lípidos, sino el riesgo cardiovascular total presente en un individuo para elegir la mejor estrategia terapéutica, con la finalidad de disminuir el RCV total y la incidencia de enfermedad cardiovascular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Actualizar los conocimientos y las últimas evidencias científicas disponibles sobre los siguientes apartados del control de las dislipemias:

1. Detección y diagnóstico.
2. Estudio.
3. Cálculo del RCV.
4. Clasificación de las dislipemias: primarias y secundarias.
5. Protocolo de manejo de las dislipemias orientado a la consecución de objetivos: prevención primaria y secundaria.
6. Tratamiento: modificaciones del estilo de vida y tratamiento farmacológico.
7. Control y seguimiento.

METODOLOGÍA

La metodología docente se estructurará en dos partes:

Una primera parte de contenido eminentemente teórico (1 hora de duración) para la mejora y/o modificación de actitudes en las competencias básicas y avanzadas del desarrollo profesional continuo en las que el docente expone las bases teóricas del manejo de las dislipemias por el médico de Atención Primaria orientado a la consecución de objetivos.

Una segunda parte práctica con el desarrollo interactivo de 2 casos clínicos paradigmáticos (1 hora de duración) que ayuden a fijación e interiorización de los conocimientos teóricos para su ejecución en la práctica clínica habitual en las consultas de Atención Primaria con el objetivo de cambiar los comportamientos del médico de familia, implicándose de forma proactiva en el control estricto del paciente dislipémico.

EVALUACIÓN

Se realizará a los discentes una evaluación de 15 preguntas tipo test con respuesta de elección múltiple, además del control de asistencia al aula formativa mediante sistema manual y/o electrónico.

Para la obtención de la acreditación, el discente deberá asistir al 80% del contenido teórico-práctico y superar el 80% de respuestas correctas al test de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Donado Campos J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo

en España: hechos y cifras. INFORME SEA 2007. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOESCLEROSIS. Disponible en: <http://www.searteriosclerosis.com/web/contenidos/secciones/71/informe-sea-2007>

2. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Giménez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Aristegui I. Dieta y riesgo cardiovascular (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:726-9.
3. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:606-12.
4. Civera F, Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, et al. Estudio Hispalipid. *Clin Invest Arterioscl*. 2003;15 Supl 1:53-4.
5. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-39.
6. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007; 28: 2375-414.
7. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285: 2486-97.
8. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360:7-22.
9. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352: 1425-35.
10. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. PROVE-IT Study. Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*. 2004;350: 1495-504.
11. De Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, et al. Early Intensive vs a Delayed Conservative Simvastatin Strategy in Patients With Acute Coronary Syndromes. Phase Z of the A to Z Trial. *JAMA*. 2004;292: 1307-316.
12. Spencer FA, Allogrè J, Goldberg RJ, et al. Association of statin therapy with outcomes of acute coronary syndromes: the GRACE study. *Ann Intern Med*. 2004;140:857-66.
13. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJP, et al, for the Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 294:2437-45.
14. Josan K, Majumdar SR, McAlister FA. *CMAJ*. 2008;178:576-84.
15. O'Keefe JH, et al. Optimal low-density lipoprotein is 50 to 70 mg/dl. Lower is better and physiologically normal. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43(11):2142-6.
16. Gaw A. A new reality: achieving cholesterol-lowering goals in clinical practice. *Atheroscler Suppl*. 2002;2:5-8.
17. Rodríguez Padial L, Macías Bellido C, Alcalá López J, Velázquez Martín M, Gil Polo B. Escasa aplicación de las medidas de prevención en los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad arterial coronaria en España. Estudio DETRIC. *Rev Clin Esp*. 2005;205:14-8.
18. Tranche S, López I, Mostaza Prieto JM, et al. Control de los factores de riesgo en prevención secundaria. Estudio PRESENA. *Med Clin (Barc)*. 2006;38(5):250-9.
19. Rodríguez-Coca G, Llisterri JL, Barrios V, et al. Grado de control de las dislipemias en los pacientes españoles atendidos en atención primaria. Estudio LIPOCAP. *Clin Invest Arterioscl*. 2006;18:226-38.
20. Fruchart JC, Saks F, Hermans MP, et al. The Residual Risk Reduction Initiative: a call to action to reduce residual vascular risk in patients with dyslipemia. *Am J Cardiol*. 2008;102 10 Suppl:1K-34K.

Manejo del paciente con VIH

José Luis Cañada Merino^a y Emilio Ildefonso García Criado^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Algorta (Getxo, Bizkaia). Coordinador del Grupo de Infecciosas de SEMERGEN.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba. Coordinador Nacional de Grupo de Urgencias de SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

Los virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 y tipo 2 (VIH-1 y VIH-2) han sido claramente identificados como la causa principal de sida. Los VIH constituyen el prototipo de miembros del Género *Lentivirus*, perteneciente a la familia *Retroviridae*. El nombre del género alude al largo período de incubación que transcurre entre la infección y la enfermedad, que puede incluso superar los 10 años. La acción patógena del VIH en el individuo infectado resulta de la interrelación entre múltiples factores que influyen en el ciclo vital del virus en sí y en la respuesta inmune por parte del organismo.

ACTIVIDADES A REALIZAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Diagnóstico de la infección por el VIH.
2. Información general y actividades preventivas: campañas educativas y de promoción de la salud.
3. Controles periódicos a pacientes asintomáticos que no precisan tratamiento de entrada, o a aquellos que no quieran recibirlo por la causa que sea.
4. Contribuir a la adherencia al tratamiento y a las medidas de profilaxis.
5. Tratamiento de las patologías de los pacientes seropositivos que no requieran ingresos o tratamientos hospitalarios.
6. Cuidados paliativos.

VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

Transmisión sexual

Exposición al VIH por contacto con el semen, la sangre o secreciones vaginales de una persona portadora del VIH (relaciones sexuales por vía oral, vaginal o anal). El riesgo de transmisión de VIH en este caso varía entre 0,1 y 0,3%. Las relaciones heterosexuales suponen el 22% del total de los casos (el 17% de los casos en los varones y el 40% en las mujeres). Las relaciones homo-bisexuales son causa del 15% de los casos descubiertos en varones.

Transmisión parenteral

Por exposición a sangre, derivados sanguíneos o tejidos trasplantados (en situaciones sin control sanitario adecuado o en el caso de los adictos a drogas por vía parenteral [ADVP] por compartir agujas, jeringuillas u otros utensilios utilizados en el proceso de preparación

y administración de la droga, contaminados con sangre de un portador). El riesgo de transmisión de VIH por un episodio de exposición a una aguja por vía intravenosa es de un 0,67% y por exposición percutánea del 0,4%. Supone el 55% del total, siendo la más frecuente en España.

Transmisión vertical (perinatal)

De madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto, o la lactancia. Supone el 1% de los casos.

INFECCIÓN AGUDA POR EL VIH

La primoinfección por el VIH es sintomática en más de la mitad de los casos, pero puede pasar desapercibida por ser similar a una viriasis común. Los síntomas y signos más frecuentemente encontrados son fiebre, adenopatías, mialgias, exantema, sudoración nocturna y artralgias. Debemos sospechar en toda persona con conductas de riesgo y síntomas compatibles.

INFECCIONES OPORTUNISTAS

Las infecciones oportunistas han sido la principal causa de morbilidad y mortalidad de los pacientes infectados por el VIH desde el inicio de la epidemia de sida. La instauración de pautas eficaces de profilaxis primaria y secundaria frente a las principales infecciones oportunistas supuso el primer gran avance terapéutico para los enfermos VIH positivos, permitiendo un significativo descenso de mortalidad ya antes de la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Con la introducción de este tratamiento se asistió a un notable cambio en la evolución de la infección por VIH, con una drástica reducción de la mortalidad y de la incidencia de enfermedades oportunistas. Sin embargo, continuamos en la actualidad observando casos de infecciones oportunistas en varias situaciones:

- Pacientes que no se sabían infectados por el VIH y que comienzan con una infección oportunista.
- Enfermos que no reciben tratamiento por mala tolerancia.
- Fracaso del tratamiento por falta de adherencia.

CATEGORÍAS CLÍNICAS DEL SIDA

Categoría A

Se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).

Categoría B

Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado enfermedades relacionadas con VIH (no pertenecientes a la categoría C) o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH.

Categoría C

Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de sida cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla.

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS

Categoría 1

Linfocitos CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ en número absoluto o CD4 $\geq 29\%$.

Categoría 2

Linfocitos CD4 entre 200 y 499/ mm^3 o entre 14-28%.

Categoría 3

Linfocitos CD4 $< 200/\text{mm}^3$ o CD4 $< 14\%$.

En nuestro medio se considera afectos de sida a los pacientes incluidos en las categorías C1, C2 y C3. Las categorías A3 y B3 no han sido aceptadas por la OMS para Europa como sida.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Actualmente, gracias al tratamiento antirretroviral de alta eficacia, la historia natural de esta enfermedad ha cambiado, hay períodos largos asintomáticos y se ha cronificado su evolución en pacientes con buena adherencia al tratamiento. Actuando de forma conjunta con el medio hospitalario, habría algunas actividades a realizar en la Atención Primaria. Para que esto sea posible debemos conseguir aumentar el nivel técnico y familiarizarnos con el VIH y el sida. El tratamiento de la infección por el VIH evoluciona con tal rapidez que exige una frecuente actualización en sus recomendaciones.

Tras más de 20 años de estudios clínicos con tratamientos antirretrovirales y distintas combinaciones de fármacos, se pueden establecer una serie de principios básicos:

1. El tratamiento se basa en combinaciones de, al menos, 3 fármacos.
2. La adherencia al tratamiento tiene un papel primordial en el grado y duración de la respuesta antiviral.
3. La situación clínica, la cifra de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática son los tres elementos básicos para establecer las decisiones terapéuticas y monitorizar la efectividad del tratamiento.
4. El objetivo del tratamiento es reducir la carga viral plasmática por debajo de los límites de detección, manteniéndola el mayor tiempo posible.
5. La aparición de resistencias es un fenómeno inevitable.
6. Con las pautas actuales de tratamiento es posible la restauración del sistema inmune cuantitativa y cualitativamente.

7. Disponemos de un total de 22 fármacos antirretrovirales comercializados pertenecientes a 6 familias diferentes.

8. La toxicidad de estos fármacos es un factor limitante para su uso.

9. La elección de los fármacos puede depender de las preferencias del médico o del paciente, de los efectos secundarios, grado de adherencia, tratamientos previos, o interacciones farmacológicas, así como de la disponibilidad y sus costes.

10. La prevención de la infección por el VIH es un aspecto fundamental que no debemos olvidar en la clínica diaria y que debe de introducirse de forma sistemática en la educación sanitaria de los pacientes y todas las personas de su entorno.

ESTRATEGIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

En la actualidad, prevalece la hipótesis de que el VIH, desde el momento en que penetra en el organismo humano, prolifera de una forma continua, aunque a velocidades diferentes según el estadio evolutivo de la infección. Se distinguen tres fases: a) primoinfección, b) asintomática, de varios años de duración y c) sintomática, que clínicamente se corresponde con el complejo relacionado o con el sida.

Primoinfección VIH

La estrategia diagnóstica ante la sospecha de primoinfección por VIH incluirá necesariamente la detección de anticuerpos totales y antígeno p24 libre en sangre con las siguientes consideraciones:

- Un resultado negativo frente a los dos marcadores citados de infección por VIH puede ser debido a: la ausencia de infección o que el paciente está en el "periodo ventana".

En ambas situaciones se procederá a la realización de determinaciones seriadas de anticuerpos y de antígeno a las 2 y 4 semanas y a los 3 y 6 meses para confirmar la ausencia o presencia de infección VIH.

- Un resultado de anticuerpos negativo con presencia de antígeno p24 libre en sangre es indicativo de infección reciente, probablemente durante las 8 semanas anteriores. Se procederá a realizar determinaciones seriadas de anticuerpos y antígeno siguiendo la pauta indicada en el punto anterior.

- Un resultado de anticuerpo positivo con ausencia de antígeno libre circulante, es diagnóstico de infección por VIH completamente establecida.

Fase asintomática de la infección VIH

Esta fase se caracteriza por la presencia de anticuerpos y ausencia de antígeno p24 libre, o presencia intermitente, no mantenida, de dicho antígeno. Esta fase puede durar años manteniendo dicho perfil sérico. Los diferentes estudios de seguimiento longitudinal de pacientes infectados indican que la probabilidad de que la infección progrese hacia estadios más avanzados es baja en los pri-

meros 2-4 años de infección y aumenta considerablemente a partir de los 5 años, siendo de casi el 60% a los 10 años de haberse producido la infección y sin que, aparentemente, parezca haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos importantes afectados. Los niveles de antígeno y anticuerpos varían enormemente entre individuos. Si el médico que sigue a un paciente infectado por VIH decide emplear marcadores séricos específicos virales, debe conocer que son necesarias las pruebas seriadas para confirmar una tendencia. Así, los pacientes, en esta fase de la infección por VIH deben monitorizarse para detectar cambios en el perfil serológico y establecer un pronóstico de evolución de la infección.

Fase sintomática de la infección por VIH

Esta fase se inicia a consecuencia de un aumento de la actividad replicativa del virus y clínicamente se manifiesta por la aparición de una grave alteración del estado general, infecciones oportunistas, ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos, cuyo grado de evolución se clasifica según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El pronóstico vital a partir de este momento, aun con tratamiento específico antiviral es, en las mejores estimaciones, del 50-75% a los 365 días. La edad, el sexo, la actividad de riesgo a través de la cual se adquirió la infección y la forma de presentación (reflejo indirecto del grado de inmunosupresión) influyen en el pronóstico.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

A lo largo de la evolución del paciente con infección por VIH se presentan diversas situaciones que requieren la derivación hospitalaria, ya sea debido a alguna manifestación clínica, analítica, por causa inmunológica, terapéutica u otras situaciones.

Ingreso por manifestaciones clínicas

1. Causas respiratorias: tuberculosis pulmonar

- Sospecha clínica o radiológica de infección por *Pneumocystis jiroveci*, que requerirá derivación urgente. Esta situación suele suceder en pacientes con cifras de CD4 < 200 o que han suspendido la quimioprofilaxis.

- Las neumonías se presentan con más frecuencia que en la población general y son causa frecuente de ingreso. La neumonía bacteriana recurrente es criterio de sida.

- En general ante un proceso broncopulmonar con patrón difuso en la radiografía de tórax y/o disnea, fiebre o mal estado general.

2. Causas digestivas

- La aparición de una candidiasis de la cavidad oral en un paciente infectado por VIH no controlado deberá ser valorada por un servicio hospitalario pues con mucha probabilidad tendrá unas cifras de CD4 < 500 y puede ser tributario de iniciar profilaxis o tratamiento antirretroviral. La ausencia de muguet prácticamente excluye unos CD4 < 200.

- La aparición de una candidiasis esofágica, ya que es un criterio diagnóstico de paso a situación de sida.

- Ante un cuadro de síndrome diarreico: cuando necesitemos diagnóstico etiológico, cuando sea crónica con duración mayor de un mes y sin respuesta al tratamiento o cuando esta sea severa y que nos haga sospechar estar ante una diarrea producida por virus, *Cryptosporidium* o por *Isospora belli*.

3. Causas dermatológicas

- La aparición de un herpes simple mucocutáneo crónico, de duración mayor de un mes, que es criterio de situación de sida.

- Un herpes zóster que afecte a varias metámeras.

- El sarcoma de Kaposi, el cual se puede presentar con diferentes grados de inmunosupresión y con más frecuencia en varones con prácticas homosexuales.

- Una leucoplasia oral vellosa y dermatitis seborreica, que al igual que el muguet, nos ayuda a identificar a la mayoría de los pacientes con menos de 500 CD4 y cuya ausencia nos puede excluir en la práctica a los que tienen más de 200 CD4.

Ingreso por criterios analíticos

- Trombopenia severa, ya sea por el propio VIH o por el tratamiento.

- Anemia o neutropenia severas.

- Serología positiva a lúes para descartar neurosífilis.

Ingreso por criterios del estado inmune

- Todo paciente infectado por VIH conocido debería tener determinaciones de carga viral para evaluar su pronóstico y tratamiento. Mientras esta prueba no sea posible desde Atención Primaria nos obligará a la derivación.

- Imposibilidad de disponer de cuantificación de subpoblaciones linfocitarias.

- Paciente con menos de 200 CD4 para iniciar profilaxis de las infecciones oportunistas, si el profesional de Atención Primaria no está familiarizado con su prescripción y control.

- Descenso rápido de CD4.

- Prueba de anergia cutánea.

Otros criterios de ingreso hospitalario

- Efectos secundarios o adversos a fármacos.

- Abandono del tratamiento o profilaxis.

- Pacientes infectadas por VIH embarazadas para valorar el tratamiento con zidovudina.

- Derivación a Salud Mental, trabajador social, ONG, Centros de Atención al Drogodependiente.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

La asociación entre infección por VIH y trastornos psiquiátricos es muy frecuente. Enfermos con infección por VIH suelen presentar trastornos psiquiátricos y éstos son un factor de riesgo de infección por el VIH10 e incre-

mentan la morbilidad asociada al mismo por la dificultad que encuentran estos pacientes para realizar un adecuado tratamiento antirretroviral. Los problemas psiquiátricos más usuales, según criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), son los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (alcohol, opiáceos y cocaína, cannabinoides, sedantes e hipnóticos y politoxicomanía); trastornos afectivos (episodio depresivo, trastorno bipolar y episodio maníaco) que representan más del 50% de los procesos psiquiátricos; las psicosis y los trastornos de la personalidad y del comportamiento. Según criterios de la cuarta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) las entidades psiquiátricas observadas con más frecuencia en pacientes con infección por VIH son la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de la personalidad, el consumo de drogas y los trastornos del ánimo.

VACUNAS RECOMENDABLES EN ADULTOS PORTADORES DEL VIH

Una de las complicaciones más frecuentes derivadas del estado de inmunosupresión de los pacientes VIH positivos son las infecciones. Las infecciones oportunistas van a causar una gran morbimortalidad entre los sujetos VIH positivos y el curso de las infecciones comunes va a ser más grave en este tipo de pacientes.

Ante la perspectiva de larga evolución de la enfermedad pero con un deterioro progresivo del sistema inmune y sin conseguir erradicar el VIH, la producción de anticuerpos frente a patógenos infecciosos representa un factor defensivo de primordial importancia frente a infecciones diseminadas en el futuro. Por ello, la inmunoterapia precoz representa una de las medidas a tomar de mayor peso para el futuro de estos pacientes. Debe quedar claro que ser portador del VIH no es una contraindicación para la vacunación, pero precisa de consideraciones adicionales a las del sujeto VIH negativo. La respuesta inmune de los sujetos VIH positivos a las vacunas inactivadas está estrechamente relacionada con el estadio de la enfermedad. Una minoría de pacientes genera títulos de anticuerpos protectores significativos después de la vacunación. La respuesta inmunológica mejora si el enfermo está recibiendo tratamiento antirretroviral altamente eficaz, por lo que se recomienda que las vacunas sean administradas preferentemente a individuos sometidos a esta terapia durante al menos 4 semanas. Deben medirse los títulos de anticuerpos específicos después de la administración de algunas vacunas para asegurar la protección. La estimulación antigénica que producen las vacunas puede provocar una replicación del VIH en ciertos pacientes. También se ha descrito un incremento de células sanguíneas periféricas infectadas por el VIH. Este aumento de la carga viral suele ser transitorio, volviendo a su estado basal en un período de 4 a 6 semanas. Además este incremento no parece tener implicaciones pronósticas en la progresión del VIH, por lo que no de-

be condicionar la vacunación de estos enfermos, si bien, cuando el número de linfocitos CD4 sea inferior a 200/mm³ o la carga viral sea elevada deberá evitarse, si es posible, la vacunación.

Me sube la bilirrubina: enfoque diagnóstico del paciente con ictericia

Ana Sarrión Bosque^a y Carlos A. Siljeström Laredo^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Bétera. Valencia.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Costa Cálida. La Manga del Mar Menor. San Javier. Murcia.

DIAGNÓSTICO

La ictericia aparece como signo clínico a partir de cifras de bilirrubina total superiores a 2,5 mg/dl. La bilirrubina total está formada por una fracción indirecta o no conjugada y otra fracción directa o conjugada. Su elevación puede indicar disfunción hepatocelular, obstrucción biliar o hemólisis. Ante un paciente con ictericia las exploraciones diagnósticas irán encaminadas a descartar estas tres causas.

En relación con la fracción de bilirrubina más elevada podemos orientar el diagnóstico hacia distintos procesos etiológicos:

1. *Bilirrubina indirecta elevada con bilirrubina indirecta normal.* La valoración de los reticulocitos del hemograma nos llevará a diferenciar procesos hemolíticos de la enfermedad de Gilbert.

2. *Bilirrubina indirecta y directa elevadas.* Nos obliga a realizar estudio enzimático hepático y biliar que descarte patología inflamatoria y colestasis intra o extrahepática. Si las enzimas de colestasis están elevadas se completa el estudio con ecografía y resonancia magnética si se precisan. Si las enzimas de colestasis son normales, descartar defectos del metabolismo de la bilirrubina (Dubin Johnson o Rotor).

3. *Bilirrubina indirecta normal y directa elevada.* Se inician igualmente los estudios enzimáticos que descarten patología inflamatoria o colestasis.

TRATAMIENTO

En función de los hallazgos clínicos, analíticos y pruebas de imagen se decidirá el tratamiento adecuado a cada situación patológica. Estará indicado el estudio por Hematología si la elevación corresponde a la bilirrubina no conjugada. La elevación de la bilirrubina conjugada requiere un procedimiento diagnóstico preciso que nos llevará a distintos tratamientos según la gravedad para el paciente.

Hiperbilirrubinemia

- *Ictericia:* pigmentación amarilla de piel, escleróticas, mucosas y líquidos corporales por acumulación de bilirrubina (C/NC) en el torrente sanguíneo.
- Desequilibrio entre síntesis y eliminación de la bilirrubina.
- Exceso de formación de los precursores de esta.

Conceptos

- Valores normales 0,3-1,0 mg/dl.
- Ictericia, si la concentración plasmática de bilirrubina excede de 2,0-2,5 mg/dl.
- BC: 15% del total.
- 85% en forma de BNC.
- Carotenos, quinacrina causan pigmentación de la piel pero no de las escleróticas.

Síntesis y metabolismo de la bilirrubina

Etapas: síntesis y metabolismo

- Formación.
- Transporte plasmático.
- Captación hepática.
- Conjugación.
- Excreción vía biliar.
- Eliminación intestinal.

Causas (prehepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas (BI). Formación: hemólisis, eritropoyesis ineficaz, hematomas, GOT/GPT/GGT, fosfatasa alcalina (FA) normales.

Causas (prehepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas (BI). Transporte plasmático: fármacos (sulfamidas, ampicilina, salicilatos, furosemida, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), contrastes radiográficos.

Causas (hepáticas). Hiperbilirrubinemias no conjugadas. Conjugación: síndrome de Gilbert, síndrome de Crigler-Najjar, lactancia, recién nacido, fármacos (cloranfenicol, anestésicos).

Causas (hepáticas). Hiperbilirrubinemia directa. Alteración de la excreción: hiperbilirrubinemia conjugada, síndrome de Dubin-Johnson, síndrome de Rotor, alteración GOT/GPT, GGT/FA. Colestasis intrahepática: hepatitis A/C, cirrosis hepática, colestasis gravídica, CEP/tumores hepáticos, sepsis, ICC, amiloidosis, ictericia postquirúrgica, enfermedad de Caroli, EHNA.

Causas (extrahepáticas). Colestasis extrahepática: litiasis biliar, parasitosis, pancreatitis aguda/crónica, atresia vía biliar, CEP, estenosis biliar postquirúrgica, carcinoma de páncreas, ampuloma, alteración GOT/GPT, GGT/FA. Exploración física: ictericia-intensidad; orina/heces: coluria-hipo/acolia (B. conjugada); piel (estigmas cutáneos); ascitis/circulación colateral; exploración abdominal: hepatomegalia, esplenomegalia, ¿dolor en hipocondrio

derecho?, vesícula (palpación); presencia de: lesiones por rascado, hematomas.

Manejo inicial

- Historia del paciente/edad-sexo.
- Recién nacido: ictericia fisiológica; patologías: atresia biliar y hepatitis neonatal idiopática.
- Adolescentes: causas más frecuentes: síndrome de Gilbert y hepatopatías aguda virales.
- Edades más tardías: tumores y litiasis biliar.
- Sexo: síndrome de Gilbert (hombres); cirrosis biliar primaria (mujeres).
- Fármacos.
- Prurito (colestasis)/fiebre-artralgias-exantema cutáneo (hepatitis tóxicas por fármacos).

Patología anal: trasladando la evidencia a la práctica clínica

Hemorroides o enfermedad hemorroidal

M^a Pilar Remiro Barrera

Cirujana. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Las hemorroides son formaciones de naturaleza vascular, más arterial que venosa, situadas en la submucosa del canal anal. Tienen como función el mantenimiento de la continencia fecal; son, por tanto, parte de la anatomía normal. Hablaremos de enfermedad hemorroidal cuando se transforman en patológicas o causan sintomatología.

ETIOPATOGENIA

Existen demasiadas causas, muchas de ellas sin base científica. La obesidad, el embarazo, la hipertensión portal, permanencia durante largos periodos en posición sentada o erecta, el estreñimiento, factor genético, congestión pelviana, de origen hormonal u otro. Sin evidencia, la ingesta de picantes, chocolate, alcohol y tabaco. Uno o varios de estos factores pueden romper la simbiosis entre los componentes de las almohadillas hemorroidales y provocar la enfermedad hemorroidal.

CLASIFICACIÓN

Dependiendo de su localización, pueden ser externas e internas. Dependiendo de su entidad: grado I, II, III, IV, según el tipo de prolapso y su capacidad de reducción.

SINTOMATOLOGÍA

- Rectorragia: en fase aguda y crónica. En cualquiera de los grados.
- Dolor: en fase aguda. Ausente en el grado I.
- Prolapso: en ambas fases. Aparece en los grado II, III y IV.
- Ensuciamiento: en las dos fases y en el III y IV grado.
- Prurito: en fase aguda y a partir del III grado.
- Trombosis hemorroidal: fase aguda y III y IV grado.

EXPLORACIÓN

- Inspección: características de la piel, plexo hemorroidal externo, trombosis, prolapso, presencia de exudados, contractura del esfínter anal interno (EAI), maniobra de Valsalva.
- Tacto rectal: exploración vejatoria para el paciente; existencia de contractura del EAI. Existencia de hemorroides internas, papilas hipertróficas, pólipos, tumores. Trombosis. Exudación por el aumento de presión. Valoración del dolor.
- Anuscopia, rectoscopia, colonoscopia.

TRATAMIENTO

Médico

Medidas dietéticas e higiénicas, medidas farmacológicas (orales, flebotónicos y antiinflamatorios; tópicos; corticoides, anestésicos, antisépticos).

Quirúrgico

Hemorroidectomía cerrada, hemorroidectomía abierta.

Otros tratamientos

Esclerosis (grado I y II). Ligaduras o bandas elásticas. Fibrocoagulación con infrarrojos. Crioterapia.

Tratamiento en Atención Primaria

- Fase crónica: medidas higiénicas y dietéticas.
- Fase aguda:
 - a) Sin trombosis hemorroidal: las anteriores. Flebotónicos, tratamiento tópico. Tratamiento local de la dermatitis.
 - b) Con trombosis hemorroidal: tratamiento médico (corticoide por vía intramuscular).
- Trombectomía: trombosis localizadas, sin edema, antes de tres días de evolución. Contraindicada en trombosis con gran componente edematoso perihemorroidal, pasados tres días de evolución, enfermos anticoagulados y cuando los medios no sean adecuados

FISURA ANAL

La fisura anal es una ulceración lineal del epitelio del canal anal que se extiende desde la línea dentada al margen del ano. Seguramente es el proceso más doloroso de la región anal.

Etiopatogenia

Existen diversas teorías basadas en factores predisponentes, alteraciones anatómicas, histológicas y fisiología del EAI; traumatismo en el canal anal en los periodos de estreñimiento. Ninguna de ellas explica de forma completa el mecanismo que origina las fisuras.

Las manometrías realizadas a estos pacientes demuestran la existencia de una presión de reposo elevada en el EAI. Igualmente tras la relajación fisiológica inducida por la distensión rectal se produce un espasmo patológico reactivo, que podría ser la causa del dolor postdeposición.

Clasificación

- *Primarias*: aparecen en cualquier etapa de la vida y sin distinción de sexo. En el 95% de los casos en la línea media posterior y ocasionalmente en la anterior.
- *Secundarias*: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, tuberculosis perianal, carcinoma anal, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), complicaciones de IQ perianales y tratamiento con radioterapia. Se localizan fuera de las líneas medias.
- Agudas o crónicas.

Sintomatología

- Dolor durante la deposición, con sensación de desgarrar y después de la misma.
- Rectorragia mínima.
- Prurito anal.

Exploración

- Inspección: existencia de contractura de EAI, pólipo continela, estado de la piel.
- Tacto rectal: estímulo del anodermo, CEAI, pólipo fibroepitelial.

Tratamiento

- Fisura aguda:
 - a) Medidas higiénicas y dietéticas.
 - b) Medidas farmacológicas; infiltraciones, anestésicos tópicos, nitroglicerina, toxina botulínica.
- Fisura crónica: esfinterotomía lateral interna.

Aspectos claves de la patología anal

José Carlos Salinas Payer

Cirujano. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

La incidencia de esta patología es muy elevada para el médico de Atención Primaria (MAP), lo que implica una importante carga de trabajo, y la necesidad de mejorar los conocimientos sobre la misma. En este sentido, ac-

tualmente, y también podemos decirlo con anterioridad, a la enseñanza de la Proctología, se le ha dado muy poca importancia en los planes de estudio de Medicina, lo que hace que en muchas ocasiones este tipo de patología se desprecie, o cuando menos se banalice.

Un segundo aspecto también importante es que la Proctología es una disciplina médico-quirúrgica, y tan erróneo es mandar a operar a todos los pacientes, como pensar que todos ellos se pueden curar con métodos incruentos. El MAP debe conocer sus limitaciones, para saber cuándo debe remitir al paciente al cirujano.

El tercer aspecto clave está relacionado con el paciente que sufre su enfermedad anal, el cual, en muchas ocasiones, acude al MAP con: evidente complejo, sentimiento de pudor; cree que su problema es vergonzante, se invade su intimidad, tiene miedo al dolor físico a la exploración, o a adoptar una postura indecorosa durante la misma. Por otra parte, en muchas ocasiones no desea ser explorado, y todo lo que quiere es que el MAP le recete una pomada para su dolencia, lo que lleva a un alto grado de error diagnóstico. De todo esto se puede extraer una primera conclusión: el MAP debe concienciar al paciente de que debe ser explorado, tranquilizarlo en cuanto al dolor, etc., y este a su vez estar dispuesto a hacerla, para llegar a un diagnóstico correcto.

OBJETIVOS DEL TALLER/SEMINARIO

- Recordar los aspectos más importantes de la anatomía y exploración anal. (Dr. Salinas).
- Saber qué son y cómo se clasifican las hemorroides. Conocer sus síntomas y sus posibles complicaciones. Discernir cuándo el paciente puede ser tratado por el MAP y cuándo debe ser tratado por el cirujano. (Dra. Remiro).
- Conocer qué es una fisura anal y sus síntomas; saber clasificarlas. Conocer el tratamiento médico, las distintas posibilidades de la esfinterotomía química y las indicaciones y resultados de la cirugía. (Dra. Remiro).
- Clasificar y diagnosticar los abscesos perianales. Conocer sus síntomas. Saber en qué momento deben ser intervenidos. (Dr. Salinas).
- Comprender la etiología de las fístulas perianales. Poder diagnosticarlas y clasificarlas; hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías. Comprender el tratamiento más adecuado de las mismas. (Dr. Salinas).
- Definir qué es un quiste pilonidal. Su sintomatología habitual y cuándo se complica. Conocer el tratamiento de la forma crónica y aguda de la enfermedad. (Dr. Salinas).
- Práctica clínica: presentación y discusión de casos de patología anal. (Dres. Salinas y Remiro).

ABSCEOS Y FÍSTULAS PERIANALES

Conceptualmente el absceso perianal es una infección de los espacios tisulares de la región anorrectal, que en su mayoría se originan en una criptitis supurada. De acuer-

do con su localización los abscesos se clasifican en: perianal, isquiorrectal, submucoso, interesfintérico y pelvirrectal o supraelevador. El tratamiento es la cirugía con apertura y drenaje amplio de la colección.

Las fistulas perianales son trayectos fibrosos recubiertos de tejido de granulación que comunican el canal anal, y menos frecuentemente la pared del recto con la piel perianal. Su tratamiento es quirúrgico. Hay riesgo de recidiva y de incontinencia.

SENO PILONIDAL

Es un proceso inflamatorio crónico, con presencia de pelos en el tejido subcutáneo, que se localiza en el pliegue interglúteo. Su clínica es variable, desde formas asintomáticas, hasta abscesos agudos. El tratamiento es la cirugía, pero existe un elevado riesgo de recidiva.

Yo comunico, él comunica... ¿Nosotros nos comunicamos?

Rafael Casquero Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud Las Cortes. Madrid.

Las 3 quejas principales de los usuarios con respecto a la atención prestada en la consulta del médico de Atención Primaria son: trato distante, falta de tiempo y lenguaje técnico, poco comprensible. Por tanto, la clase se centrará en 3 apartados: actitud empática, gestión de los afectos; optimización de la gestión del tiempo en la consulta; y comunicación efectiva, flujo recíproco, comprobación de haber sido entendido.

Todo acto médico es un encuentro entre dos seres humanos, con capacidad intrínseca de relación humana, pero además el profesional dispone de habilidades científico-técnicas comunicacionales que van a incidir favorablemente en la entrevista clínica.

Existen técnicas de autocontrol emocional. La práctica clínica exige esfuerzo subjetivo y da lugar a desgaste emocional, a partir de 5 años de ejercicio. Para evitar reacciones emocionales de desgaste hay que permanecer en nuestra propia "sintonía emocional", reconocer las emociones negativas y metabolizarlas lo más prematuramente posible, desarticular la respuesta emocional negativa posible, oponiéndole una creencia o pensamiento (cognición). Cada profesional tendrá su propia cognición.

Los campos de gestión en Atención Primaria sobre los que podemos actuar son:

1. Gestión de consulta (agendas inteligentes, circuitos de demanda, limitaciones del sistema).
2. Gestión de la entrevista/Leyes de la eficiencia.
3. Gestión de la salud/Limitación para AP y EPS.

4. Gestión de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, bajas laborales).

Las agendas inteligentes: deben ser agendas diarias, flexibles, con distribución de carga, adaptables a variaciones de la presión asistencial, paralelas a la consulta de enfermería, individualizando los tiempos de consulta, distribuyendo los vacíos de forma homogénea, manteniendo colchones de recuperación, no sectorizando las citas, permitiendo espacios para imprevistos.

Las limitaciones del sistema incluyen problemas de las aplicaciones informáticas, de accesibilidad telefónica, ausencia de filtro para los pacientes, pacientes difíciles o hiperfrecuentadores, circunstancias especiales/epidemias/corte de suministro eléctrico, gestión de expectativa de espera del paciente, obligación de agilizar las consultas y control de la sobrecarga.

Sobrecarga asistencial: evitar agobiarse o entrar en ansiedad, evitar que se prolonguen las primeras visitas, identificar desde el principio un mapa de demanda, pasar cuanto antes a camilla. En la sobrecarga emocional hay que identificar la relación que subyace con el paciente y mantener un flujo emocional y emocionalidad preactiva. En la sobrecarga cognitiva hay que parar y descansar para recuperarse y disminuir el retraso.

LEYES DE LA EFICIENCIA EN LA ENTREVISTA

- Ley del estratega. Su objetivo es solucionar los problemas del paciente.
- Ley de los vasos comunicantes. Implicación de todo el Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Ley del correccaminos. Solapar fases de la entrevista.
- Ley del parsimonioso. La demora en decisiones puede ser favorable.
- Ley del ladrón de momentos. Hay que minimizar las transiciones.

La falta de tiempo (absoluto y relativo) presenta como siguientes repercusiones: anamnesis incompleta, incumplimiento de protocolos preventivos, se eluden aspectos psicosociales, disminuye la satisfacción del paciente y aumenta el desgaste del profesional, puede originar cansancio/médico quemado, habituación a la población, rutina e inseguridades.

LA NEGOCIACIÓN

En el diagnóstico con segundo nivel conviene una comunicación entre iguales. En tratamientos con pacientes hay que realizar pactos con el EAP y con el área. En la incapacidad laboral con el paciente hay que considerar: sobrecarga emocional y organizativa, subjetividad de profesional y del paciente que dificultan el pacto, un accidente laboral grave añade factor económico, pérdida de confianza en el paciente ante sospecha de abuso, valorando los riesgos de ruptura de la relación asistencial, conocer técnicas básicas de negociación en IL, firmeza y seguridad ante la decisión de alta médica y solicitar posibles ayudas/inspectores, otros especialistas/EAP.

ADAPTACIÓN DEL LENGUAJE

Así se mejora la comunicación. Para ello hay que identificar los canales de comunicación: tipos, niveles, registros y estilos. Es necesario desarrollar habilidades para la escucha del paciente. El objetivo es mejorar la calidad asistencial.

CANALES DE COMUNICACIÓN

- Tipos: comunicación verbal, comunicación paraverbal, comunicación no verbal.
- Niveles: consciente, inconsciente.
- Registros: visual, auditivo, cinestésico, neutro.
- Estilos: empático, asertivo, flexible, respetuoso, autoritario, paternalista, sacerdotal, pasota, hipersensible, cálido, amigo...

¿CÓMO INFORMAR?

Con frases cortas y claras, vocabulario neutro, dicción y entonación adecuadas, contacto visual y táctil sin incomodar.

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN

Denunciar el problema, según estilo del profesional, desmontar falsas creencias y averiguar conocimientos, ejemplificar como refuerzo del mensaje y racionalizar, identificar causas, posible evolución... Hay que compartir un plan de acción detallado y ofrecer confianza. Sólo se recuerda el 50%. Definir el pacto y explicar los objetivos. Informar

por escrito y de forma oral. Aclarar posología, pauta y vías. Advertir de efectos secundarios y precauciones. Estar preparados frente a interacciones y olvidos.

¿QUÉ HACER CON UN PACIENTE DIFÍCIL?

Autocontrol emocional, reconocer nuestras emociones negativas, evitar que se manifiesten, contrabalanceo emocional, escucha relajada, clima emocional sereno, esforzarse en sintonizar, aceptar nuestra parte de responsabilidad, expresar los sentimientos de malestar que nos genera, apoyo narrativo, baja reactividad (dejar hablar), sintonizar (participar del momento emocional), facilitar (ayudar con el relato), repetir frases (reorientar la narrativa), señalar (reforzando puntos de interés), clarificar (tanto en el plano verbal como no verbal), permitir el silencio funcional (reflexión y descarga emocional) y evitar el distanciamiento (abordar los sentimientos). La reflexión sobre las observaciones indica escucha activa y la necesidad de comprender. La paráfrasis es la explicación del contenido de un texto para aclararlo en todos sus aspectos y facilitar su comprensión.

INTERFERENCIAS Y BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

Pueden consistir en ruidos del entorno (recepción, sala, decoración, interrupciones...), interferencias cognitivas, creencias, interferencias emocionales, historia previa, posicionamiento, interferencias socioculturales y prejuicios.