



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



TALLER

Abordaje integral del paciente de alto riesgo vascular

Ángel Díaz Rodríguez

Médico de Familia, Centro de Salud de Bemibre, León, España. Coordinador del Grupo de Lípidos de SEMERGEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), en su conjunto, constituyen la causa más frecuente de mortalidad y hospitalización en la población española. En el año 2006, último del que se dispone de información estadística, murieron en nuestro país 371.478 personas. De ellas, 120.690 (32,49%) lo hicieron por ECV, siendo sus 2 principales manifestaciones las enfermedades isquémicas del corazón (primera causa de muerte entre los hombres con 21.194 defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares (principal causa entre las mujeres con 19.038 defunciones)¹, que, en conjunto, producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total. Además, estas 2 enfermedades constituyen la tercera y cuarta causas, respectivamente, de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

La tercera ECV como causa de muerte es la insuficiencia cardíaca, que ocasiona aproximadamente el 15% de la mortalidad total (11% en varones y 19% en mujeres), aunque su impacto demográfico puede estar infraestimado como causa de muerte al ser la IC la vía final común de muchas enfermedades que afectan al corazón.

Existen diferencias geográficas importantes en cuanto a la mortalidad por ECV en España, con mayores tasas ajustadas en Andalucía, Murcia, Canarias, Comunidad Valenciana y Baleares, y menores en Madrid, Castilla-León, Baleares y La Rioja. Parece ser que entre los factores determinantes se encuentran el nivel socioeconómico, la actividad física y factores higiénico-dietéticos, como el consumo de frutas, pescado y vino, así como factores que actúan desde la primera infancia.

El riesgo de morir por ECV está disminuyendo en España desde mediados de la década de los setenta, principalmente debido al descenso de las tasas de mortalidad por ictus. Sin embargo, debido sobre todo al envejecimiento de la población, el número de muertes por cardiopatía isquémica ha aumentado. Por ello, el impacto demográfico, sanitario, social y económico de estas enfermedades podría aumentar en los próximos años.

En España, la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es elevada. Hay marcadas di-

ferencias geográficas en su distribución al igual que sucede en la mortalidad por ECV².

En el estudio ERICE³, publicado en el año 2008, los FRCV más frecuentes en la población española fueron, por orden decreciente, la hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dl, 46,7%), la hipertensión arterial (37,6%), el tabaquismo (32,2%), la obesidad (22,8%) y la diabetes mellitus (6,2%). Los valores medios de presión arterial, índice de masa corporal, colesterol de las lipoproteínas de alta densidad y glucemia varían ampliamente con la edad, el sexo y las áreas geográficas. La mayor carga de factores de riesgo cardiovascular se observa en las zonas sureste y mediterránea y la menor, en las áreas norte y centro. Estas diferencias geográficas sugieren un importante potencial de prevención de las ECV en España, que incluso puede alcanzar el 40-50%.

En el Informe de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2007²:

- Entre el 50-69% de los españoles tienen hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dl) y el 20% \geq 250 mg/dl. El 25% de los pacientes en las consultas de atención primaria están diagnosticados de dislipemia. 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 adecuadamente. Además, y contrariamente a lo deseable, el grado de control disminuye conforme aumenta el RCV de los pacientes.
- Aproximadamente el 35% de la población española mayor de 18 años tiene hipertensión arterial. Estas cifras suben al 40-50% en edades medias y alcanzan al 68% en los mayores de 65 años. El 65% de los hipertensos sabe que lo es; de ellos, el 85% está en tratamiento, pero sólo están controlados entre el 35-49%, según distintos estudios.
- El *tabaquismo* sigue siendo muy frecuente en España. En el año 2005 fumaba el 25,8% de la población mayor de 18 años. A finales del año 2006, un año después de la entrada en vigor de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Taba-

- quismo, fumaba el 23,7% de los mayores de 18 años. Por lo tanto, ha dejado de fumar en un año un 8,1% de los fumadores mayores de 18 años. En los estudiantes de 14-18 años, en el año 2004 fumaba un 21,5%. La edad media de inicio en el consumo de tabaco de forma regular es a los 13 años. El impacto del consumo de tabaco en la mortalidad es muy notable. En el año 2001 el tabaco fue responsable del 15,5% de todas las muertes en personas de 35 años y más. De todas las muertes atribuibles al tabaquismo, la tercera parte fue por ECV.
- Nuestra dieta incluye un aceptable consumo de frutas y verduras, relativamente rico en cereales (en forma de pan), con elevada cantidad de grasas de adición en forma de aceites vegetales (principalmente aceite de oliva) y un alto consumo de pescado. Sin embargo, el consumo de carne, de platos preparados, bebidas no alcohólicas (zumos y refrescos en su mayoría) y de azúcar es alto. Mientras que el consumo de derivados lácteos es adecuado, resulta excesivo el de las variedades más ricas en grasa.
 - En 2003, la prevalencia de obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en la población de 20 y más años de edad fue del 13,7%, sin diferencias sustanciales de edad entre los 2 sexos. Sin embargo, la frecuencia de obesidad resultó mayor en los varones hasta los 44 años de edad y a partir de ahí fue algo mayor en las mujeres. La obesidad es mayor a medida que disminuye el nivel de estudios. La obesidad está aumentando la prevalencia. En el período de 1993 a 2003 pasó del 9,7 al 13,6% en varones y del 10,8 al 13,6% en mujeres. Ello confirma la epidemia de obesidad en nuestro país. En personas de 2 a 24 años, la prevalencia de la obesidad fue del 14% y el exceso de peso del 26% en los años 1998-2000, resultando de las más altas de Europa. En la población de 60 y más años, la prevalencia de la obesidad fue de un 36% en 2001. Aproximadamente el 8,5% de todas las defunciones son atribuibles a la obesidad en España. La obesidad es, junto al tabaco, el principal factor responsable de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematuras en la población española.
 - En 2003, el 58,5% de la población de 16 y más años no realizaba actividad física o deporte alguno durante el tiempo libre. La inactividad en tiempo libre fue mayor en las mujeres (62,5%) que en los varones (54,4%). La inactividad física en tiempo libre presenta un fuerte gradiente social, de forma que la frecuencia de inactividad aumenta al disminuir el nivel de estudios. El 30% de los niños españoles de 1-15 años veía la televisión más de 2 h cada día. En la actualidad, el 10,9% de los chicos y el 43,5% de las chicas de 15-16 años no realiza ejercicio físico intenso (gasto calórico al menos 5 veces superior al de reposo) 3 o más días a la semana. La situación no ha mostrado una tendencia a mejorar en la última década en los varones, mientras que parece haber empeorado en las mujeres. Estos datos son muy relevantes porque la actividad física regular de intensidad moderada es, probablemente, junto a la abstinencia del tabaco, la medida más beneficiosa para la promoción de la salud. Además, es útil para controlar la epidemia de obesidad, que conduce a otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia, la hipertensión arterial y la diabetes.
 - El *alcohol* es la sustancia psicoactiva más consumida por la población escolar de 14-18 años. En 2004, entre los chicos el 80,6% había consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 65,5% en el último mes, el 65% exclusivamente durante los fines de semana y el 26,5% en días laborales. Las cifras son prácticamente idénticas en las chicas, excepto en el consumo de alcohol durante los días laborales, en que sólo se produjo en el 14% de ellas. El 13% de los chicos y el 11,5% de las chicas eran bebedores de riesgo por consumir más de 50 cc de alcohol puro al día. También el 37% de los chicos y el 32% de las chicas se habían emborrachado al menos una vez en los últimos 30 días. Es destacable que la prevalencia de borrachera ha aumentado sustancialmente en la última década. El consumo excesivo ocasional de alcohol (*"binge drinking"*) se ha asociado a graves consecuencias sobre la salud, en especial la intoxicación etílica aguda, lesiones y conducta antisocial. Si se define *"binge drinking"* como la ingesta, en alguna ocasión en los últimos 30 días, de más de 80 ml de alcohol puro en varones o más de 60 ml en mujeres durante una misma sesión de bebida, la prevalencia global de *"binge drinking"* en personas de 18-64 años es del 10,3%, resultando más elevada en varones que en mujeres (14,4 frente a 6,5%). La prevalencia es mayor en las personas de 18-24 años de edad (30,8% en varones y 18,2% en mujeres) y disminuye al aumentar la edad.
 - Se estima que en España la frecuencia de diabetes mellitus (conocida e ignorada) está en torno al 10%. Aproximadamente 9 de cada 10 casos de diabetes son de tipo 2, por lo que las cifras anteriores se refieren sobre todo a este tipo de diabetes. La frecuencia de diabetes está aumentando de forma paralela al aumento de la obesidad. El grado de diagnóstico de la diabetes y su conocimiento por los pacientes es aproximadamente del 50%. Identificar los diabéticos no diagnosticados es muy importante, porque el control adecuado de la glucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados reduce sustancialmente las complicaciones de la enfermedad. En cuanto al grado de control de la diabetes en atención primaria, está en torno al 30-40% cuando se considera una $\text{HbA1C} < 7\%$, e inferior al 30% cuando se considera la glucemia basal $< 126 \text{ mg/dl}$. Presentamos un nivel de control relativamente similar al de otros países desarrollados.
- Los factores de riesgo cardiovascular se asocian con mucha frecuencia y se potencian entre sí⁴. Un ejemplo de ello es el síndrome metabólico, cuya frecuencia en población general es aproximadamente 25%, cuando se usan criterios NCEP-ATP III, y 18% cuando se usan criterios de la Organización Mundial de la Salud.
- El grado de control de los FRVC en los pacientes atendidos en atención primaria en España es bastante pobre. En el año 2006 (Banegas et al), sólo estaban controlados el 33-36% de los hipertensos, el 31-33% de los dislipémicos según el riesgo ATP III, el 27% de los diabéticos, el 8% de los obesos y el 44% son sedentarios. Por lo tanto, tenemos un amplio margen de mejora.
- A nivel internacional, la prevalencia de los principales FRVC, observada en los estudios INTERHEART Y EUROASPI-

RE, tiene una tendencia similar a los de la población española.

El estudio INTERHEART⁵, publicado en el año 2004, que midió el impacto de los factores de riesgo potencialmente modificables sobre el desarrollo de infarto agudo de miocardio (IAM) a nivel mundial, revela que el impacto de los FRCV varía según el origen étnico y geográfico. La prevalencia de estos factores de riesgo en la población mundial en general fue por orden: hiperlipidemia 50%, tabaquismo 45%, hipertensión 40%, y diabetes 20%. Cada uno de estos factores de riesgo estuvo relacionado de forma significativa a IAM ($p < 0,0001$), siendo los 2 factores más frecuentemente asociados la hipercolesterolemia y el tabaquismo.

En los estudios EUROASPIRE I, II y III⁶, después de 12 años y 3 encuestas (1995/2000/2006-7), las evidencias parecen demostrar que Europa sigue sin encontrar la forma de alcanzar los objetivos en prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

Pese a las campañas de prevención y a la creciente disponibilidad de nuevos y eficaces tratamientos para la cesación tabáquica, alrededor de una quinta parte de los pacientes coronarios sigue fumando. El sobrepeso y la obesidad avanzan de manera espectacular; la población analizada aumentó 4,9 kg entre la primera (1995) y la tercera encuesta (2007), y en la actualidad 4 de cada 5 pacientes presentan sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), y más de una tercera parte son obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). La misma realidad se encuentra al ponderar el perímetro de cintura; en más de la mitad de todos los pacientes obesos la misma está centralizada (la circunferencia de la cintura $\geq 102 \text{ cm}$ de hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ de la mujer). Estas tendencias negativas en el peso y la distribución de la grasa corporal se reflejan también en la población general, contribuyendo en forma significativa al aumento del riesgo cardiovascular.

El manejo de la hipertensión arterial no mostró cambios significativos entre las 3 encuestas. La mitad de todos los pacientes todavía tienen la presión arterial (PA) por encima del objetivo recomendado ($PA < 140/90 \text{ mmHg}$). Sólo el 41% de los pacientes alcanzó el objetivo de control de $PA < 140/90 \text{ mmHg}$ ($< 130/80 \text{ mmHg}$ en la diabetes) en la primera encuesta, en comparación con el 39% en el tercer estudio.

En contraste con esto, el manejo de los niveles de lípidos en sangre ha mejorado muchísimo en los 3 estudios, seguramente impulsado por el uso generalizado de las estatinas. En consecuencia, las proporciones de pacientes que alcanzaron los objetivos para colesterol total (CT) y LDL han aumentado del 13 al 72% para el $CT < 190 \text{ mg/dl}$, y del 11 al 75% de colesterol LDL $< 115 \text{ mg/dl}$, durante este período. Teniendo en cuenta los nuevos objetivos establecidos en el año 2003, es decir: 170 mg/dl para el CT y $< 96 \text{ mg/dl}$ para el LDL, las proporciones ahora son del 54% en el caso del CT y del 53% de LDL. Sin embargo, esto deja una proporción importante de pacientes que aún no han alcanzado estos objetivos actuales de lípidos. Las nuevas Guías Europeas (Joint European Guidelines on Cardiovascular Disease, 2007) han fijado objetivos aún más estrictos proponiendo reducir el colesterol a un valor menor de 155 mg/dl y menor de 80 mg/dl para el LDL.

La prevalencia de diabetes continúa aumentando, del 17 al 28%, lo que refleja el aumento de la obesidad. También es motivo de gran preocupación que un 15% del resto de los pacientes desconoce su condición, lo que hace presumir que el 43% del total son diabéticos diagnosticados o no. El control terapéutico de la diabetes sigue siendo pobre.

El uso de medicamentos considerados cardioprotectores ha seguido aumentando en los 3 estudios: antiagregantes (81 a 93%), betabloqueantes (56 a 86%), IECA/ARA-II (31 a 75%), estatinas (18 a 87%) y diuréticos (15 a 31%). El uso de calcioantagonistas ha disminuido (del 35 al 25%) en comparación con la primera encuesta.

En la encuesta EUROASPIRE III sólo un tercio de los pacientes pudo acceder a cualquier forma de rehabilitación cardíaca en Europa a pesar de la evidencia científica convincente de que tales programas reducen la mortalidad total. Todos los pacientes coronarios tienen derecho a sumarse a un programa multidisciplinario de prevención y rehabilitación cardiovascular para ayudar a reducir su riesgo de recurrencia de la enfermedad y mejorar su calidad y la esperanza de vida.

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el total de las ECV y coronarias son relativamente más bajas en España que a nivel internacional, pero la mortalidad por ictus ocupa una posición intermedia-baja³. Las razones de esta menor mortalidad coronaria en España no se conocen bien, pero se ha considerado que la dieta mediterránea^{2,4} y la modificación de hábitos de vida no saludables, como la actividad física, pueden contribuir a ello.

Al ser la aterosclerosis un proceso multifactorial en cuya génesis intervienen numerosos factores de riesgo cardiovascular, el abordaje del riesgo cardiovascular ha de ser integral, teniendo en cuenta todos los FRCV presentes en un individuo para calcular su riesgo cardiovascular global y en función de éste tomar las decisiones terapéuticas oportunas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de estadística. Defunciones según la causa de muerte 2006. Madrid: INE; 2008. <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
2. 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 Arteriosclerosis. <http://www.searteriosclerosis.com/web/contenidos/secciones/71/informe-sea-2007>.
3. Gabriel R et al. Estudio ERICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1030-40.
4. 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.
5. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364:953-62.
6. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Lancet. 2009;373:929-40.

Acné: una visión conjunta

Acné grave

Montserrat Pérez López

Dermatóloga, Coordinadora del Grupo Español Global Alliance. Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Clínica Dermatológica de Moragas, Barcelona, España

Caso clínico

Motivo de consulta

Paciente varón de 22 años de edad que acude a la consulta de dermatología presentando lesiones polimorfas en cara, cuello, cuero cabelludo, pecho y parte alta de la espalda. Las lesiones son básicamente pápulas y pústulas, algunas muy dolorosas, sobre todo las del cuero cabelludo, además de algunos nódulos y formaciones quísticas dolorosas y que drenan un contenido seropurulento a la mínima presión.

Ha sido tratado en el centro de asistencia primaria con antibióticos orales, los cuales no han tenido ningún efecto sobre esta patología. Por ello acude al dermatólogo.

Anamnesis

El paciente llega muy serio y cabizbajo, incluso le cuesta tomar asiento, pues lo primero que relata es que tiene una lesión quística muy dolorosa en el glúteo derecho. No es la primera, y en los últimos meses se repiten con mayor frecuencia. No hace falta preguntarle nada; al sentarse, suspira y cuenta que lleva con lesiones desde los 16 años. Las primeras se distribuían mayoritariamente en la frente y en el cuero cabelludo; él las relaciona con la aplicación repetida de brillantinas y gominas para alisar su pelo, que es muy rizado. Al principio no le dio importancia, pues mejoraba algo con la exposición solar y con alguna crema comprada directamente en la farmacia por consejo de sus amigos del gimnasio. Las lesiones se fueron estableciendo de forma crónica y formándose esas lesiones nodulares y muy molestas.

Hace 5 meses inició su peregrinaje por diferentes médicos sin obtener resultado alguno.

Antecedentes familiares

Relata que su padre tenía muchas cicatrices en la cara (¿antecedente de acné severo?). Sus padres se separaron cuando tenía 18 años y no los ha vuelto a ver. Madre sana. Hermana de 19 años sin problemas conocidos. Resto de antecedentes familiares sin ningún interés.

Antecedentes personales

Enfermedades típicas de la infancia. Coincidiendo con la separación de sus padres, sufrió un síndrome depresivo

siendo tratado con anafranil (clomipramina) y sinequan (doxepina). Recuerda que su acné empeoró mucho en aquella época.

Trabaja de mecánico de coches y se engrasa mucho la piel con sustancias aceitosas durante su trabajo. Desde hace 2 años acude regularmente a un centro deportivo para desarrollar su musculatura, lo que ha logrado con ejercicio físico intenso y con la ingesta de productos que le venden directamente en su gimnasio.

Exploración

Se trata de un varón de 175 cm de altura, 70 kg de peso, con un fototipo IV, pelo muy rizado, bien musculado y tipo atlético. Se observa una piel muy grasa y brillante, con múltiples cicatrices deprimidas y con la presencia de lesiones inflamatorias, pápulo-pustulosas en la frente, mejillas, mentón y tronco anterior y posterior. En el interior del cuero cabelludo se observan pequeñas pústulas con halo inflamatorio, eritematoso, muy dolorosas al tacto. También formaciones nodulares y quísticas en mentón y mejilla derecha, así como en la cara lateral del cuello. En glúteo derecho, varias pústulas dolorosas y múltiples cicatrices de lesiones anteriores.

Pruebas complementarias

Se realiza una analítica básica que incluye un hemograma, glucemia, perfil hepático y renal, estudio de lípidos, así como un estudio hormonal de la testosterona y pruebas de función tiroidea, por la sospecha en la historia de ingesta de sustancias anabolizantes. Los resultados mostraron una poliglobulia discreta y una ligera hipercolesterolemia con elevación de LDL. También es importante el estudio de resistencia a la insulina.

Diagnóstico

Por el tipo y la severidad de las lesiones, podemos considerar este cuadro como un caso de acné grave. Probablemente, las sustancias anabolizantes han contribuido a la severidad de las lesiones. Cuando hay lesiones pustulosas y dolorosas, como las del cuero cabelludo, se cataloga el cuadro como acné necrótico.

Diagnóstico diferencial

Aunque el diagnóstico es meramente clínico, hay que hacer el diagnóstico diferencial con: folliculitis por Gram negativos, cloracné, acné fulminans, rosácea, acné necrótico.

Tratamiento

Es aconsejable que un dermatólogo valore la necesidad de iniciar un tratamiento con isotretinoína oral y practicar el

necesario seguimiento posterior. El tratamiento, si la analítica practicada lo permite, incluirá:

- Suspender tratamiento con sustancias anabolizantes. Isotretinoína oral a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día.
- Lavado de las zonas afectadas con productos que contengan peróxido de benzoilo (atención a posibles dermatitis de contacto por PB en un 4% de la población).
- Compresas húmedas con solución de Vlemings, gran antiinflamatorio de las lesiones nodulares.
- Aplicación de gel de adapaleno con peróxido de benzoilo por las noches en la superficie de piel afectada.
- En algunos casos de inflamación severa, puede asociarse en los primeros días de tratamiento una mínima dosis de corticoides orales (10 a 20 mg/día).

Evolución

El paciente mejoró extraordinariamente, aunque al comienzo presentó gran descamación cutánea, sequedad severa y fisuras en los labios. Algunas lesiones del cuello desarrollaron formaciones angiomatosas “botriomicoma like” que desaparecieron en pocas semanas. Las lesiones del glúteo se resolvieron prontamente, por lo que no fue necesario asociar tratamiento con antibióticos.

Como conclusión final, cabe recordar que el acné es una enfermedad frecuente y a menudo grave para el que la sufre. Dispone de un tratamiento muy efectivo que debe iniciarse en el momento en que el paciente consulta y que el riesgo de dejar cicatrices en los acnés moderados y graves es elevado y evitable con un buen tratamiento.

Comentarios

La falta de conocimiento sobre los efectos y consecuencias de los esteroides anabólicos ha generado un abuso de medicamentos de este tipo.

Los anabolizantes son la forma sintética de la testosterona; mejoran la capacidad de síntesis de proteínas en diferentes partes del organismo; favorecen el aumento del número de glóbulos rojos, mejorando así el transporte de oxígeno a todos los tejidos; estimulan la hipertrofia muscular (aumento de volumen), la fuerza y la capacidad para realizar ejercicio de alta intensidad y reducen la grasa corporal.

Comedones, pápulas, pústulas y lesiones nódulo-quísticas en cara, tronco y cuero cabelludo... Ante la presencia de comedones, se descarta el diagnóstico de folliculitis, aunque en este caso, y si no mejorara, estaría justificado realizar un cultivo bacteriológico para tener la población bacteriana responsable identificada.

El cloracné es un tipo de acné con espinillas, quistes y pústulas asociadas con la sobreexposición de ciertos hidrocarburos aromáticos policíclicos tales como dioxinas y dibenzofuranos. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en las mejillas, detrás de los oídos, en las axilas y en la región de la ingle.

El acné fulminans se caracteriza por lesiones nodulares, erosiones y escaras, junto con sintomatología general, como fiebre, artralgias, mialgias, astenia y adinamia. Afecta mayormente al varón adolescente.

Faltaría el componente rosaceiforme para el diagnóstico de rosácea con la presencia de telangiectasias, etc.

Sí que en este caso coexisten lesiones de acné necrótico: las que se presentan como pústulas con halo inflamatorio, doloroso al tacto en la zona del cuello cabelludo.

Actividades preventivas en la población inmigrante

Esther Redondo Margüello^a y José Luis Martincano Gómez^b

^aMédico de Familia, Centro Monográfico de Salud Internacional, Madrid Salud, Madrid, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Jabugo, Huelva, España

España es el segundo país de la Unión Europea en número de extranjeros con tarjeta de residencia en vigor, después de Alemania y suponen el 12% de total de la población española. A nuestra atención primaria están llegando pacientes con problemas de salud y sociales distintos de los que estamos habituados. En estos años se ha producido un importante movimiento migratorio hacia España existiendo a 30 de septiembre de 2009, en nuestro país, 4.715.757 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, según cifras oficiales del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Los colectivos más numerosos son: marroquíes, rumanos, ecuatorianos y colombianos.

La emigración es un fenómeno global y universal que afecta a una gran parte de la población mundial. Hoy, alrededor de 160 millones de personas viven temporalmente fuera de sus países de origen; entre ellos, 100 millones son

trabajadores migrantes, según estimaciones de la OIT (Organización Mundial del Trabajo).

No debemos olvidar que el médico de AP es, en muchas ocasiones, el primer contacto de estos pacientes, con el sistema sanitario organizado, y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de enfermedades endémicas entre estos colectivos. La sanidad constituye, en muchas ocasiones, para el inmigrante nuestra tarjeta de visita; si nuestra intención es integrar al inmigrante en nuestro medio, su atención sanitaria debería estar resuelta.

Los inmigrantes presentan unos determinantes de salud inherentes a su condición:

a) Biológicos: inherentes a la inmunidad (incorrecta inmunización frente a enfermedades del país de destino. En el mundo existen todavía 150 millones de niños sin vacu-

- nar), a la raza, a costumbres higiénico-dietéticas, inherentes al sexo.
- b) Económicos: pérdida de status, deudas en país de origen, obligaciones económicas familiares, recursos económicos precarios.
 - c) Legales: “sin papeles”, itinerario burocrático, discriminación según la raza o país de origen).
 - d) Laborales: condiciones laborales, explotación irregular, medioambientales (pesticidas, contaminación), explotación infantil y sexual.
 - e) Prácticas de salud: creencias, hábitos insalubres, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios, prevención de la enfermedad, mutilaciones sexuales.
 - f) Estilos de vida: incomunicación, vivienda, educación, redes de apoyo, dominancia de género, relaciones hombre-mujer e intergeneracionales, religiosos, rituales. Y, por norma general, todos estos determinantes conllevan a un menor nivel de salud, circunstancia que les hace más vulnerables.

Aun en el caso de un país de origen con malas condiciones de salud, los inmigrantes no vienen enfermos; las posibles enfermedades endémicas en origen suelen ser autolimitadas, en cuanto se aleja el sujeto de su medio (aguas y alimentos contaminados, contacto con animales, hábitat insalubre, etc.).

Pero el hecho migratorio puede acarrear trastornos vinculados directamente al proceso migratorio (agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, etc.) y tras éste, en la primera fase del asentamiento, pueden aparecer alteraciones relacionadas con las deficiencias sociales y económicas.

Instalado ya en la nueva realidad, el emigrante tiende a identificarse desde una perspectiva de salud con la situación de la población del país (uso de recursos de salud, patrones de morbilidad, actividades preventivas, etc.), y también participa proporcionalmente en el reparto de patologías que afectan al resto de la población.

Con frecuencia, las condiciones precarias de vida (desarraigo familiar y comunitario, comida rápida, camas calientes, hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, precariedad laboral, conductas de riesgo), situación irregular, la asunción de una vida occidentalizada, el desconocimiento del idioma español, rasgos culturales, hábitos socio-culturales, creencias religiosas, tradiciones en salud diferentes (como modo distinto de entender la salud y la enfermedad), bajo nivel educativo, grandes diferencias de género, etc., favorece la aparición de trastornos psicoactivos (estrés, duelo, toxicomanías), sedentarismo y dietas inadecuadas (malnutrición, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes), evolución a enfermedad de infecciones latentes (tuberculosis) y de transmisión sexual, falta de motivación frente a las actividades preventivas, incumplimiento de tratamientos, revisiones y visitas de control.

El inmigrante acude por término medio a la consulta de atención primaria con 5 veces más frecuencia que a los hospitales. Un estudio realizado en la Escuela Nacional de Sa-

nidad sobre “percepción por la población inmigrante de su estado de salud” muestra que los principales problemas que refieren son: dolores musculares, tos, catarro, gripe, problemas de estómago y accidentes (el 59,2% son laborales). La percepción que tiene la población sobre su estado de salud es positiva en un 42,3% de los casos y el 61% considera que en España su salud es mejor o mucho mejor que en su país de origen. Según los datos referidos por dicho estudio, la mitad de la población (55,9%) diagnosticada con alguna enfermedad no había tenido ningún control en los últimos 6 meses.

Aumentan las tasas en las contingencias profesionales, principalmente motivadas por distinta percepción de los tiempos, falta de competencias y nivel de formación, barreras de lenguaje, son obligados a repetir turnos, a no atender a patologías aparentemente banales. Así que buena parte de la atención a la salud de los inmigrantes no se da en la atención primaria de salud sino en la medicina laboral.

Otras encuestas y análisis de frecuentación de los servicios sanitarios destacan la necesidad de educación materno-infantil, (elevada proporción de nacidos de madres inmigrantes), lactancia y adolescencia, enfermedades ginecológicas y menopausia, en la higiene básica, planificación familiar, información sexual y sida (mutilación genital femenina; mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual), coberturas vacunales (infantil y adultos), detección precoz del cáncer de mama y cuello de útero, salud bucodental y salud mental (síndrome de Ulises), desequilibrios dietéticos y nutricionales, prevención cardiovascular multifactorial, vigilancia epidemiológica de procesos de elevada prevalencia en los países de origen (tuberculosis, parasitosis intestinales, malaria, etc.), donación de órganos y hemodonación, violencia de género, prevención de accidentes laborales, inmigrantes viajeros, cubriendo el espectro de áreas prioritarias de intervención de prevención de la salud en esta población que, aunque no debe ser diferente a la de la población autóctona, debe considerar su diversidad cultural.

La problemática planteada a los profesionales del sector por la carencia de formación específica en este campo, y el hecho de que los inmigrantes en situación no regularizada no están acogidos a algunos de los beneficios que otorga la Seguridad Social, hace que la asistencia sanitaria continuada quede a veces en manos del voluntarismo humanitario de las ONG apoyadas por las Administraciones.

Se recomienda reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud, potenciando medidas de adaptación cultural y lingüística de los servicios, la figura del agente de salud, mediación acogida, y recursos humanos y formativos de los profesionales con acciones de asistencia sanitaria, para que los inmigrantes conozcan y tengan acceso a todos los programas de detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz, prevención de la enfermedad incapacitante, rehabilitación, promoción de la salud y de integración social que se desarrollan tanto en los centros de salud como en los hospitales.

Anemias

José Polo García

Médico de Familia, Centro de Salud Casar de Cáceres, Cáceres, España

La anemia es una patología frecuente y un problema habitual en la consulta del médico de familia o atención primaria. Como médicos de familia sabemos que cada día es mayor el número de pacientes de edad avanzada que atendemos en nuestras consultas y la anemia es una enfermedad cuya prevalencia en la población general aumenta con la edad. La prevalencia de anemia en ancianos es muy variable, desde el 2,9 al 61% en hombres, y el 3,3 al 41% en mujeres ancianas, y en muchas ocasiones, a pesar de su asociación con morbilidad y mortalidad, no es tratada adecuadamente¹. Los pacientes con patologías crónicas, la llamada "anemia inflamatoria", que se presenta en múltiples entidades (neoplasias, artritis reumatoide, entre otras)² y patologías como la insuficiencia cardíaca (IC) en la que la anemia es frecuente en los pacientes con su prevalencia oscila entre el 5 y el 55%³.

La anemia ferropénica constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo; se estima que 500-1.000 millones de personas (un 15-20% de la población mundial) presentan este déficit. Ello hace que se considere la enfermedad crónica más frecuente, afectando de forma preferente a los países en vías de desarrollo (donde un 25-50% de personas presentan carencia de hierro). Una proporción no desdeñable (que oscila en el 2-28%) de los habitantes de los países desarrollados sufre un estado de ferropenia, a pesar de la buena disponibilidad existente de alimentos. En los niños y niñas españoles de 6-36 meses la prevalencia de anemia ferropénica oscila en el 4-12%. En los niños y adolescentes tal prevalencia es del 0-3%. En los varones adultos de 18-65 años oscila entre el 0-0,7%, mientras que en las mujeres de la misma edad se sitúa en un 1-3,5%. Por su parte, en

la población española mayor de 60 años oscila en el 0-4%. Globalmente, a partir de los datos anteriores, la prevalencia de anemia ferropénica en España se sitúa en un 0,1-5,7%⁴.

El conocimiento de las características de las anemias en AP es básico para orientar su diagnóstico y seleccionar las pruebas complementarias a realizar. Por eso nos hemos marcado como objetivos de este curso:

1. Fomentar el diagnóstico precoz de la anemia.
2. Repasar la interpretación y estudio del hemograma.
3. Actualizar el manejo de la anemia en las patologías crónicas prevalentes.
4. Actualizar el manejo y tratamiento de la anemia.

Pretendemos que este taller práctico, mediante la presentación de un caso en sesión clínica, sirva de estudio para un mejor diagnóstico y manejo de esta patología.

Bibliografía

1. Dharmarajan TS, Pais W, Norkus EP. Anemia, morbidity, and mortality in older adults: Need for greater recognition Geriatrics. 2005;60:22-9.
2. Portillo Carroz K. La anemia en la EPOC. ¿Debemos pensar en ello? Arch Bronconeumol. 2007;43:392-8.
3. Lupón J, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, Coll R, et al. Significado pronóstico de los valores de hemoglobina en pacientes con insuficiencia cardíaca Rev Esp Cardiol. 2005;58:48-53.
4. Arija Val V, Fernández-Ballart J, Salas Salvadó J. Carencia de hierro y anemia ferropénica en la población española. Med Clin (Barc). 1997;109:425-30.

Atención inicial al trauma pediátrico

Luis Alonso Jiménez^a, Eva Civantos Fuentes^b, María Esther Benítez Rabagliatti^c, Zelidety Espinel Padrón^d, Adolfo Gálvez Esquinas^e y Santiago José González Campos^f

^aJefe de Servicio, Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. Director del Grupo de Politrauma Pediátrico de Canarias y Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP Canarias)

^bPediatra, Atención Primaria, Tenerife, España. Coordinadora en Atención Primaria Tenerife de GTPC (cursos AITP)

^cPediatra, Atención Primaria. Coordinadora en Atención Primaria Gran Canaria del GTPC (cursos AITP)

^dMédico de Urgencias Pediátricas, Complejo Hospitalario Insular Materno de Las Palmas, Gran Canaria, España. Miembro GTPC

^eEnfermero del Helicóptero y Avión medicalizado 112. Miembro GTPC

^fEnfermero de Unidad de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Insular Materno de Las Palmas, Gran Canaria, España. Coordinador de Hospitalaria GTPC en Gran Canaria (cursos AITP)

Introducción

Los accidentes infantiles constituyen en la actualidad la primera causa de muerte en la edad pediátrica en los países

occidentales¹. La misma acontece casi en el 50% de los casos instantáneamente o a los pocos minutos como resultado de severas lesiones y es la prevención primaria la única herramienta de la que disponemos para evitar las muertes que

ocurren en este primer momento. Si el paciente sobrevive, el período que transcurre desde el momento del accidente hasta la primera hora de ingreso de la víctima en el centro de tratamiento es una etapa crítica en la cual hay que definir los diagnósticos, los cuidados generales con rapidez y eficiencia, así como no agregar lesiones por omisión o comisión².

Tal como advierte la Academia Americana de Pediatría^{3,4}, los pediatras de atención primaria debemos reconocer que somos una entrada al sistema de emergencia y debemos ser entrenados en el manejo de situaciones que comprometen la vida del paciente, así como conocer y disponer del material necesario. Es decir, debemos estar preparados para una correcta asistencia prehospitalaria y conocer la activación de los sistemas de emergencia y transporte del medio en que desempeñamos nuestra función. El entrenamiento en el manejo de la vía aérea y el shock, fundamentalmente en aquellos lugares donde el sistema de transporte tiene un tiempo operativo de 30 min, es una prioridad absoluta.

Atención inicial al trauma pediátrico

La atención inicial al trauma pediátrico es una metódica de actuación ante el niño politraumatizado, cuyo objetivo es lograr la mayor supervivencia posible sin secuelas⁵. Dicha metódica incluye:

- a) Organización y liderazgo.
- b) Actuación competente, estructurada, rigurosa y oportuna.

Se distinguen 2 modalidades: AITP básica (en el escenario, sin recursos materiales) y la AITP avanzada.

La historia de la AITP surge en los EE.UU. en los sistemas de trauma auspiciados por la Academia Americana de Cirugía y se apoya en 3 pilares¹:

- a) La atención prehospitalaria especializada.
- b) Los equipos hospitalarios multidisciplinares coordinados por un jefe de equipo.
- c) La acreditación de hospitales receptores de pacientes traumáticos.

La eficacia de este método desde su implantación está fuera de duda, registrándose asimismo una disminución considerable de la mortalidad infantil cuando se trasladó dicho modelo a la edad pediátrica.

Los Cursos de Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP) se han desarrollado en España, desde 1997⁶, patrocinados por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. En Canarias comenzaron en el año 2001, en la actualidad el Grupo de Trauma Pediátrico de Canarias (GTPC) lleva realizadas 24 ediciones en colaboración con Gestión Sanitaria de Canarias (CGC) y el Servicio Canario de Salud (SCS). Éste es un grupo multidisciplinar que está formado por profesionales de diferentes niveles asistenciales, con la utilización del método AITP como código de comunicación e interrelación entre los distintos equipos de los niveles asistenciales implicados en el paciente politraumatizado pediátrico. Constan de una

fase inicial a distancia, durante la cual los alumnos aprenden contenidos teóricos a través de un manual que les es remitido, realizan un primer examen tipo test y desarrollan una monografía sobre un tema determinado. La fase presencial incluye charlas teóricas, estaciones prácticas por grupos, prácticas quirúrgicas con animales de experimentación y resolución de casos simulados con niños actores (perfectamente caracterizados de acuerdo con las lesiones teóricas infringidas).

Los programas de formación para la asistencia al trauma pediátrico están dando sus frutos en los siguientes indicadores de calidad de la asistencia prehospitalaria:

- a) Inmovilización cervical con collarín cervical.
- b) Intubación a pacientes con escala de Glasgow ≤ 8 .
- c) Sondaje gástrico a pacientes con índice de trauma ≤ 8 .
- d) Canalización de vía venosa. Reposición de fluidos.
- e) Uso del ITP.

Aunque este taller en absoluto se equipara a los cursos reales en formación AITP, pretende ser una aproximación al método y un aliciente para que cada vez más los profesionales susceptibles de tratar a estos pacientes realicen estos programas de formación y usemos un enfoque común cuando nos enfrentemos ante esta verdadera enfermedad.

Desarrollo del taller

Charla divulgativa método AITP

1. Reconocimiento primario.
 - a) Estado de alerta, control cervical y vía aérea.
 - b) Respiración y ventilación.
 - c) Circulación y control de hemorragias.
 - d) Examen neurológico básico.
 - e) Exposición.
2. Reconocimiento secundario.
 - a) Anamnesis.
 - b) Segundo examen físico reglado.
 - d) Exámenes complementarios.
 - e) Actuaciones electivas y a demanda.
3. Categorización y clasificación.
4. Preparación para el transporte.
5. Comunicación.
6. Transporte.
7. Cuidados definitivos.

Estación práctica vía aérea y columna cervical

La bibliografía internacional⁷ demuestra que en la etapa prehospitalaria es donde más errores comete el personal sanitario (60%). Por tanto, los objetivos de esta estación son:

1. Todo niño accidentado se tratará como lesionado medular hasta que no se demuestre lo contrario. Deberán evitarse los movimientos de la columna cervical. Se aprenderá la inmovilización cervical bimanual que es el método

ideal para el control cervical básico y continuado hasta la colocación del collarín.

2. Ejecución de maniobras de desplazamiento ascendente del maxilar inferior de modo que la base de la lengua se desplace y desobstruya la vía aérea en el niño inconsciente.
3. Conocer sistemas de aspiración.
4. Aplicar cánulas orofaríngeas cuando está indicado.
5. Saber maniobras avanzadas de manejo de la vía aérea. Recordatorio de las indicaciones de intubación orotraqueal:
 - a) Parada cardiorrespiratoria.
 - b) Glasgow ≤ 8 .
 - c) Vía aérea insostenible.
 - d) Inestabilidad circulatoria.
 - e) Intubación electiva para el transporte.
6. Extracción del casco protector en esta etapa en las siguientes situaciones:
 - a) Si el paciente está inconsciente y no resulta posible valorar el estado de la vía aérea ni asegurar su permeabilidad.
 - b) Si hay sospecha de parada respiratoria o cardiorrespiratoria.
7. Aprender la necesidad de oxígeno terapéutico en todo paciente politraumatizado hasta confirmar la no necesidad mediante control pulsioximétrico.

Estación práctica segundo examen físico con simulación de atención inicial al trauma

Es una nueva evaluación ordenada y exhaustiva del accidentado. El alumno será instruido en:

1. Realización de anamnesis:
 - Alergias.
 - Medicaciones.
 - Antecedentes personales.
 - Última hora de ingesta.
 - Datos del accidente.
2. Exploración completa en orden cefalocaudal. Se insistirá en:
 - a) Reconocer manifestaciones de fractura de base de cráneo.
 - b) Uso de sondas orogástricas.
 - c) Miniexamen neurológico.
 - d) Lesiones que contraindiquen el sondaje vesical.
 - e) Uso de tabla espinal.
- 3 Posibilidad en nuestro medio de realizar exámenes complementarios.
4. Recordatorio de analgesia a nuestra disposición.

Estación práctica megacode

En el caso de un accidente con numerosas víctimas es importante⁵ una clasificación rápida para valorar las prioridades de actuación. El sistema START en su versión pediátrica² será el método que habitualmente realizaremos, ya que nos permite separar a los pacientes urgentes de los que no lo son y localizar lesiones claves para el transporte. El alumno aprenderá a:

1. Distinguir las prioridades en base a las siguientes categorías:
 - A: Rojo críticos-recuperables.
 - B: Amarillos-moderados.
 - C: Verdes-leves.
 - D: Negro-fallecidos o críticos irrecuperables.
2. No iniciar las maniobras de RCP ante determinadas circunstancias.

Por último, para profundizar en este taller los profesores y alumnos haremos una demostración de cómo integrar lo aprendido en las estaciones prácticas.

Bibliografía

- 1 Carrera E, Rey C, Concha A, Cañadas S, Serrano A, Cambra FJ. Asistencia al paciente politraumatizado. Realidad desde las perspectivas de las Unidades de Cuidados Intensivos. An Pediatr (Barc). 2007;67:169-76.
2. Navascués JA, Vázquez J, ed. Manual de Asistencia Inicial al Trauma Pediátrico, 2.ª ed. Madrid, 2001.
3. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Preparation for Emergencies in the Offices of Pediatricians and Pediatric Primary Care Providers. Pediatrics. 2007;120:200-12.
4. Hegenbarth MA, Committee on Drugs. Preparación para las emergencias pediátricas: fármacos que deben tenerse en cuenta. Pediatrics (ed esp). 2008;65:92-101.
5. Domínguez P, De Lucas N, Balcells J, Martínez V. Asistencia inicial al trauma pediátrico y reanimación cardiopulmonar. An Esp Pediatr. 2002;56:527-50.
6. Navascués JA, Soleto J, Romero R, García MA. Impacto de los programas de formación en la asistencia al niño traumatizado. Cir Pediatr. 2004;17:28-32.
7. Fiorentino J, Huaier F, Gómez R, Cassella R. Errores en el manejo inicial del traumatizado pediátrico. Informe preliminar. Comisión de Trauma, Unidad 15, Departamento de Cirugía, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires, Argentina, 2000.
8. Álvarez N, Loeches ML, Moreno AL. Atención inicial al niño accidentado. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediátrica 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:297-304.

Recomendamos la lectura del artículo de la referencia n.º 5 previo a la asistencia al taller.

Atención sociosanitaria a las enfermedades raras y crónicas

Enfermedades raras

Guillermo Pombo Alles

Médico de Familia, Centro de Salud Dávila, Santander, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Raras de SEMERGEN

Conceptos generales sobre cronicidad

Las enfermedades crónicas son la causa más frecuente de morbimortalidad en los países occidentales. La prevalencia de padecer alguna enfermedad crónica es del 44,2% para los hombres y del 52,7% para las mujeres, siendo las enfer-

medades crónicas más prevalentes en menores de 45 años y en ambos sexos las alergias y los procesos respiratorios, asma, bronquitis o enfisema, mientras que en mayores de 65 años la artrosis y los procesos reumáticos son los de mayor prevalencia en ambos géneros, seguidos de la hipertensión arterial en los hombres y las enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres.

Las enfermedades crónicas se pueden catalogar en las siguientes categorías:

- Categoría A: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica.
- Categoría B: enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, insuficiencia renal crónica, vasculitis y conectivopatías.
- Categoría C: cor pulmonale crónico, enfermedad crónica del flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar.
- Categoría D: enfermedad inflamatoria intestinal crónica, hepatopatía crónica sintomática.
- Categoría E: enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad.
- Categoría F: diabetes mellitus con repercusión visceral distinta de la cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica sintomática.
- Categoría G: enfermedad hematológica sintomática y no susceptible de tratamiento, enfermedad oncológica activa no susceptible de tratamiento activo.

El impacto de la enfermedad crónica obedece al perfil del paciente con una enfermedad sobre todo degenerativa y en una población envejecida, principal usuaria y consumidora de los sistemas de salud públicos. Más del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas percibe su salud como mala y cerca de un tercio refiere tener limitadas sus actividades por la enfermedad, recurriendo, en las tres cuartas partes de los casos, al uso de tratamiento farmacológico.

La población del futuro será una población más envejecida y, por tanto, pluripatológica, lo que significará más ingresos hospitalarios pero, sobre todo, mucha más demanda de asistencia en AP. En AP hemos pues de prepararnos para este futuro ya inmediato y sus consecuencias, no sólo las sanitarias (curar-cuidar) sino también las sociosanitarias.

Conceptos generales de la discapacidad

Las consecuencias más relevantes de la enfermedad crónica son aquellas que van a dar lugar a discapacidad, ya que en ésta radica el origen de la dependencia. Resulta de interés didáctico la evolución de este concepto.

La discapacidad es un término comúnmente empleado en sentido genérico que incluye 3 niveles de menoscabo, personal, funcional y social, cuyo desarrollo por la OMS ha sido, en los años ochenta, la base de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDD) y de su evolución actual a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIDD es una clasificación de la OMS, traducida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en 1983, que clasifica sistemáticamente los estados funciona-

les asociados con estados de salud (por ejemplo, enfermedades, trastornos, lesiones, traumas o cualquier otro estado de salud). Utiliza un lenguaje estandarizado que posibilita la comunicación.

Esta clasificación define 3 consecuencias de enfermedad:

- **Deficiencia:** toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, ya sea temporal o permanente. Puede afectar un miembro, órgano, tejido u otra estructura del órgano, incluidos los sistemas propios de la función mental. Tener una deficiencia no indica necesariamente tener una enfermedad o que un individuo esté enfermo.
- **Discapacidad:** toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Puede tener las características siguientes:
 - Temporalidad o permanencia.
 - Reversibilidad o irreversibilidad.
 - Progresión o regresión.
 - Exceso o insuficiencia en el desempeño o comportamiento de un individuo respecto de una normal actividad rutinaria.
 - La limitación funcional que se manifiesta como una realidad en la vida diaria, al interferir las actividades corporales, puede ser la consecuencia directa de la deficiencia o la respuesta del propio individuo a la misma.
- **Minusvalía:** toda situación desventajosa para un individuo, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). Presenta las características siguientes:
 - Refleja la interacción y adaptación del individuo al entorno.
 - Hace referencia a los roles sociales básicos: orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social, auto-suficiencia económica.
 - Es, por tanto, un fenómeno social que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo, por el hecho de tener deficiencias y discapacidades. De aquí, la gran importancia que tienen los valores sociales existentes.

La CIF es una clasificación de la OMS que actualmente está en fase de implantación. Sustituye a la antigua CIDD del año 1982 y se ocupa de todos los estados “relacionados con la salud” asociados a cualquier condición. Se caracteriza por la descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, utilizando en todo momento un lenguaje positivo. Destaca el concepto de actividad que cuantifica en función de la realización de tareas y el de participación entendida como el acto de involucrarse en situaciones vitales, ya sean éstas personales o sociales. Como novedad, esta clasificación enfatiza los factores contextuales, sociales y ambientales, ya que éstos también actúan como modificadores de la salud.

Las diferentes conceptualizaciones de las consecuencias de la enfermedad y por tanto de la discapacidad han ido

variando a lo largo del tiempo y de forma paralela los diferentes modelos explicativos se han ido enriqueciendo, a la vez que complicando en función de los determinantes que la componen.

En la actualidad, la discapacidad es un concepto que evoluciona y debe ser entendido como un componente de la diversidad humana. Es el resultado de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras personales y ambientales que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad de las personas que las padecen en iguales condiciones que las demás.

Dependencia: ley de autonomía personal

El término dependencia lleva implícita la existencia de 2 elementos: por un lado, la persona dependiente y, por otra, la necesidad de atención a dicha persona. En ese sentido, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de diciembre) define la dependencia como: *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”*

Clasifica la dependencia en 3 grados:

- Grado I: dependencia moderada:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Al menos una vez al día.
- Grado II: dependencia severa:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Más de 2 veces al día.
 - No precisa cuidador permanente.
- Grado III: gran dependencia:
 - Ayuda actividades básicas de la vida diaria.
 - Más de 2 veces al día.
 - Precisa cuidador permanente.

Es un fenómeno presente en todos los grupos de edad, si bien es cierto que se trata de un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, por lo que se tiende a considerar que afecta sólo a los mayores, al existir una estrecha relación entre dependencia y edad. Pero también se relaciona directamente con la discapacidad independientemente de su origen y de la edad en que se produce.

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios, ni verdaderos sistemas de provisión integrada de servicios sanitarios y sociales, aunque siempre se ha intentado llevar a cabo la coordinación a varios niveles, entre servicios sanitarios y servicios sociales, diferentes servicios de un mismo sistema, distintas Administraciones públicas: General del Estado, Autonómicas y Locales.

Ante este panorama, resulta imperativo encontrar un modelo de gestión que ensamble adecuadamente todos los elementos a tener en cuenta así como los factores determinantes y modificadores que puedan influir en el mismo.

Las ER son un tipo de enfermedades crónicas, cuyas características diferenciadoras es presentar unas necesidades extra, por lo que un modelo de atención para las ER será

válido para la atención de las enfermedades crónicas y discapacitantes. Entender y atender a esas necesidades extras es la clave para incorporar los nuevos elementos en el modelo atención a la dependencia.

Enfermedades raras

Existen muchos nombres para definirlas, enfermedades huérfanas, enfermedades poco comunes, enfermedades poco prevalentes, enfermedades minoritarias o enfermedades raras. Son enfermedades complejas, crónicas y poco frecuentes y además existen pocos medicamentos específicos para ellas, poca investigación, pocos patrocinadores, pocos investigadores, pocos conocimientos y poco interés; por tanto, existen muchos problemas a resolver.

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 discapacidad y habitualmente carecen de tratamiento, teniendo la mayoría una base genética. 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”.

La existencia de pocos tratamientos, y la baja prevalencia de estas enfermedades, hace necesario el desarrollo de medicamentos huérfanos. Estas patologías, por su gravedad, suelen manifestarse durante la infancia, por lo que es importante la prevención, presentando una marcada carga de enfermedad (AVAD, AVPD), una elevada mortalidad y/o discapacidad, generando dependencia y necesitando cuidados curativos y de rehabilitación. Por tanto, es importante la colaboración de todos los agentes y actores implicados.

El afectado por una ER posiblemente será un “habitual” en la consulta de atención primaria, por lo que debemos considerarlo un crónico más, al igual que a los afectados por enfermedades más prevalentes (diabetes, HTA, EPOC, 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.

Sin embargo, existen numerosos problemas y dificultades; el Sistema Nacional de Salud no está adecuadamente preparado para la prevención de estas enfermedades, la educación sanitaria, la promoción de la salud, el adecuado diagnóstico, los cuidados curativos o la rehabilitación del enfermo; ni para la atención a la dependencia, las necesidades especiales o el apoyo al entorno y al cuidador; tampoco la sociedad está suficientemente preparada para lo “diferente”, pudiendo aparecer olvido y discriminación.

Las ER son en su conjunto un problema de salud pública. Entre las necesidades sanitarias se encuentran la mejora del proceso diagnóstico y de la demora; en la atención primaria se debe informar de los signos de sospecha según la edad y en la Atención Especializada la formación específica. En cuanto a las necesidades sanitarias, son útiles los equipos interdisciplinares.

Existen necesidades de apoyo a la integración tanto en lo social, laboral como en lo educativo, debiéndose propiciar cambios en normativas y apoyando el asociacionismo útil.

Atención sociosanitaria en enfermedades raras

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 verda-

dero 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 vertebralice, 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 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 administraciones; 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 las trabajadoras 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 deberán jugar un papel fundamental, ya que constituyen 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.

Consumo de tóxicos y atención primaria

Elena Villalva Quintana

Médico de Familia, Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar, Alcalá de Henares, Madrid, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

España es uno de los países de Europa con mayor tasa de consumo de drogas ilegales, habiéndose registrado un intenso incremento en su utilización desde 1999, especialmente de cannabis y cocaína. Actualmente se está constataando un incremento notable del uso de heroína, cuyo consumo había decrecido en el último decenio.

En este taller se tratarán los *problemas médicos y terapéuticos* así como *mecanismos de prevención* relacionados con el consumo de *drogas ilegales* de mayor uso en España (cannabis, cocaína, heroína y drogas de síntesis) ya que, a pesar de que son causa de múltiples y graves patologías tanto orgánicas como psiquiátricas, existe un cierto vacío

de formación al respecto en la Medicina de Familia, a pesar de ser esta especialidad la que suele tener más contacto con estos pacientes.

El uso del alcohol, a pesar de ser una droga legal en nuestra cultura, será sólo someramente tratado ya que tiene enorme trascendencia como droga asociada con el consumo de las anteriormente citadas.

Por otro lado, será también abordado el concepto de *patología dual* (considerándose como tal la coexistencia de trastorno por consumo de drogas psicoactivas) ya que actualmente está cobrando gran relevancia con otros diagnósticos psiquiátricos y se presenta con mucha frecuencia en atención primaria.

Counselling y entrevista motivacional. Herramientas terapéuticas

Rafael Casquero Ruiz^a y Silvia López Chamón^b

^a*Médico de Familia, Centro de Salud Las Cortes, Madrid, España. Miembro del Grupo de Comunicación de SEMERGEN*

^b*Médico de Familia, Centro de Salud de General Fanjul, Madrid, España. Diplomada en P y EPS, Secretaria del Grupo Comunicación SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN*

Entrevista motivacional: entrevista en que el profesional trata de cambiar hábitos y actitudes a partir de la propia motivación que el paciente es capaz de generar *counselling*: conjunto de prácticas muy diverso para guiar, ayudar, informar, apoyar y tratar (fig. 1).

Relación en la que alguien trata de ayudar a otro a que entienda y a que solucione los problemas que tiene que enfrentar *coaching* (*to coach*: entrenar), es un método que consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas.

Tipología del paciente

- Según el grado de madurez.
- Según el nivel de empatía y confianza.
- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Correspondencia médico-paciente. El entorno

Según características generales de la entrevista motivacional.

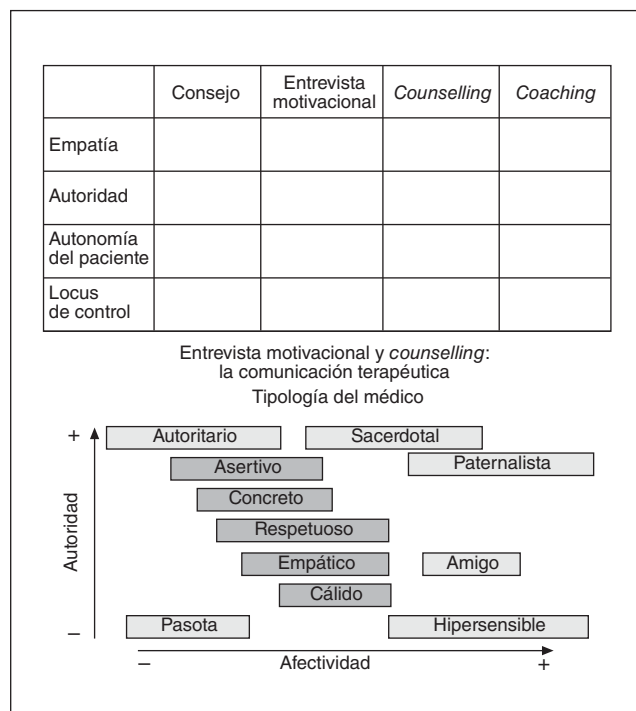


Figura 1

Entrevista centrada en el paciente

- Es un proceso de interacción.
- Agentes implicados: pacientes, sanitarios, entorno.
- El objetivo es generar el cambio para mejorar la salud.
- La herramienta fundamental es la motivación.
- Agentes implicados y consideraciones.
- De interés: los pacientes.
- Ambivalencia en sus intereses, conflicto interno.
- Miedo al reto y a las consecuencias, temor al fracaso.
- Ansiosos, nerviosos e incómodos por la consulta.
- Distintos grados de motivación, información e interés.
- Temores y mitos que los acercan y alejan del objetivo.
- Activos en el proceso y en la elección del tratamiento.

Agentes implicados y consideraciones de interés: tareas del profesional

- Trabajar con la motivación; explicitarla y multiplicarla.
- No juzgar, respetar valores y mejorar autoestima en pacientes.
- Generar fuerza y confianza para el cambio y su mantenimiento.
- Aceptar la ambivalencia, las superaciones y los retrocesos.
- Evitar la confrontación, culpabilización, el reto y las resistencias.
- Generar alianza y pactar el tratamiento.

Fases de la motivación al cambio en las conductas adictivas

Precontemplación → Contemplación → Preparación → Acción
→ Mantenimiento → Recaída → Recuperación.

Aplicaciones de la entrevista motivacional

- Individual en fases y por objetivos.
- Individual breve/espacio reflexivo.
- Aplicación a grupos homogéneos/demolición de mitos.
- Indicación en adicciones/activación de expectativas.

Aplicación de terapias específicas y adecuación al paciente

- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Breve historia del *counselling*

Definición del *counselling*

- Indicaciones del *counselling*.
- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Contraindicaciones del *counselling*

- Nula falta de motivación.
- Rentismo.
- Inmadurez.

Requisitos del médico

- Según el locus de control.
- Según el grado de motivación.
- Según el grado de autoridad y respeto.

Requisitos del paciente

- Responsable y maduro.

Requisitos del entorno

- Tiempo suficiente.

Fases de su aplicación

Modos de aplicación

- Individual frente a grupo.
- Escucha activa.
- Puntualización.
- No juicio.
- Silencio productivo...

Coaching

- Encuadre y generalidades.
- Breve recuerdo histórico.
- ¿Qué es *coaching*?
- Aplicaciones del *coaching*.

Requisitos del *coach*/impacto en el *coaching*

- Premisas que fundamentan el *coaching*.
- Sobre las creencias se estructuran las intervenciones.
- Las mejoras para obtener resultados las aporta el interesado.
- El potencial del interesado es mayor del que muestra.
- La conducta buscada es adaptativa y no reparadora.
- La responsabilidad en la comunicación es del receptor.
- El sujeto está limitado por lo que percibe.
- La realidad está formada de aquello a lo que se presta atención consciente.
- Las personas tenemos derecho a ser felices.

Metodología del *coaching*

Hay muchos métodos y tipos de *coaching*. Entre sus técnicas se incluyen charlas motivacionales, seminarios, talleres y prácticas supervisadas.

- Conversar de forma presencial o a través de medios de comunicación, individual o en grupo.
- Entrevista semiestructurada y directiva.
- Facilitación de alternativas de actuación.
- Supervisión de la acción.
- Facilitación del *feedback* descriptivo.
- Responsabilizar al sujeto de sus decisiones.
- Inconvenientes de la aplicación del *coaching* en el ámbito sanitario.
- Resistencia al cambio.
- Estrategia de castigo, exclusión o represión.
- No seleccionar a la persona más idónea.
- Dificultad para objetivar los resultados finales.
- Intervención inicial costosa.
- Modelo de un plan de acción.
- Diagnóstico de la situación.
- Búsqueda de aliados.

Definición de estilos para realizar el plan: tácticas

- Alternativas posibles al plan: estrategias.
- Acción: el movimiento se demuestra...
- Indicaciones del *counselling*.
- Una enfermedad grave (cáncer, VIH+), un accidente, la pérdida de un ser querido, víctimas de violación o tortura, el alcoholismo y otras drogas, el intento de suicidio, el incesto, el terrorismo, la violencia en el hogar...

- La educación para la salud.
- Modalidades del *counselling*.
- Enfoques.

Individual y en grupo

- Grupo: para el desarrollo personal, la prevención y la resolución de problemas personales.
- Los grupos de Gestalt.
- Los grupos adlerianos.
- Los grupos de desarrollo personal.
- Los grupos cognitivos conductuales.
- Principios del *counselling*.
- Los métodos activos con respecto a la relación de ayuda.
- Creer en el potencial de un individuo o de un grupo.
- Creer en un cambio a corto plazo.
- Establecer una relación empática y no la autoridad, en la que la realidad prima sobre el pasado lejano.
- Entorno facilitador del cambio y de la evolución personal (grupo, trabajo en el seno de las comunidades).
- Historia del *counselling*.
- Surge a principios del siglo XX como método democratizador y reparador de injusticias sociales.
- Carl Rogers: *counselling* y psicoterapia (1942).
- Lewin y Moreno (grupo, psicodrama).
- Aparecen escuelas cognitivo-conductuales, existenciales, psicoanalíticas, emocionales, sistémicas.
- Se generan corrientes teóricas, clínicas y prácticas.

Cronicidad de la depresión

José Ángel Arbesu Prieto

Médico de Familia, Centro de Salud de la Eria, Oviedo, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Los trastornos depresivos, ante datos de estudios publicados hasta la fecha, en un amplio porcentaje de casos no constituyen una enfermedad aguda y benigna sino crónica con graves repercusiones en la funcionalidad del paciente y sus familiares, unido a elevados costes sanitarios.

Un 50% de los pacientes que superan un primer episodio depresivo recaen antes de los 2 años siguientes. El riesgo de padecer futuros episodios depresivos aumenta con el número de cuadros previos hasta el punto que señala que tras un segundo episodio depresivo la posibilidad de un tercero es de un 80%. El riesgo de recurrencias aumenta hasta un 90% de los casos si ha padecido un tercer episodio depresivo.

Por tanto, al considerar la evolución de la depresión se necesitan estrategias de tratamiento a largo plazo para intentar evitar las recaídas, recurrencias y la cronicación de la depresión. Así, el tratamiento puede estar indicado por

períodos de 3-5 años después de un segundo episodio depresivo o por vida después de un tercer episodio depresivo.

La continuidad del tratamiento con antidepresivos reduce en un 70% la posibilidad de recaídas comparada con placebo, en estudios realizados a largo plazo hasta 52 semanas de tratamiento.

La valoración de los factores de riesgo para la cronicidad de la depresión debe ser conocida por el médico de atención primaria y entre ellos destacamos, como se ha comentado, el número de episodios previos, antecedentes familiares de depresión, edad de inicio temprana, resistencia al tratamiento, pronta recaída o recurrencia al suspender el tratamiento y las enfermedades médicas comórbidas.

Las más importantes complicaciones de la depresión a largo plazo son el suicidio, con una tasa del 15%, el consumo de alcohol y tóxicos y peor control y pronóstico de enfermedades físicas, como las cardiovasculares o la diabetes.

Demencia. Deterioro cognitivo

Juan J. Gomáriz García

Médico de Familia, Centro de Salud Lorca Sur, Murcia, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN

La demencia es probablemente la enfermedad paradigmática del envejecimiento, por sus múltiples manifestaciones (cognitivas, afectivas y funcionales), por ocurrir en ancianos con otras patologías (elevada comorbilidad) y por afectar no sólo a quien lo padece, sino también a su entorno, especialmente a los cuidadores familiares.

Las principales causas de demencia son la enfermedad de Alzheimer, la demencia de origen vascular y la demencia mixta, con componentes de ambas, y los estudios epidemiológicos son consistentes en la asociación con el envejecimiento. Esto ha hecho que se hable de la demencia como una auténtica epidemia del siglo XXI, una epidemia que va a obligar a los profesionales y a los sistemas sanitarios a adaptarse a esta nueva realidad.

Cabe esperar que el papel de los profesionales de atención primaria en el manejo de la demencia cobre creciente importancia. Los pacientes se encuentran en sus domicilios, al cuidado de sus familiares, y a quienes plantean sus problemas y de los que reciben apoyo es de los sanitarios más cercanos. Los equipos de atención primaria actúan en todas las fases de la enfermedad: en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables y el control de los factores de riesgo; en el diagnóstico precoz, identificando a los sujetos con demencia en fases iniciales o con deterioro cognitivo leve, de forma que se pueda hacer un seguimiento

eficaz de los mismos y aplicar medidas que retrasen el deterioro, y, por último, en las fases avanzadas de la demencia, cuando los objetivos terapéuticos son fundamentalmente, el bienestar, la calidad de vida y el control de las complicaciones, en el entorno más favorable para el paciente.

Teniendo en cuenta las anteriores premisas, pensamos desde nuestro grupo de trabajo de neurología coordinado por Enrique Arieta, ofrecer este taller al comité científico de este 32 Congreso Nacional SEMERGEN, al percatarnos que teníamos una gran carencia de conocimientos y habilidades, sobre esta asistencia que nos vienen solicitando los pacientes y sus cuidadores.

Pero además deseamos hacer algo de utilidad inmediata para que a la vuelta al centro de salud no quede este taller como uno más, sino que los profesionales que pasamos consulta cada día podamos adquirir habilidades prácticas.

Pensamos que una metodología apropiada sería realizar no solamente una exposición teórica para conocer el manejo en atención primaria del síndrome de demencia y sus principales causas, a lo largo de su evolución, sino la escenificación de consultas en las que tratamos de desarrollar toda una serie de conceptos fundamentales, pasando por discusiones en grupo y desarrollo de casos clínicos prediseñados.

Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo

José Luis Díaz-Maroto Muñoz

Médico de Familia, Centro de Salud Pozo de Guadalajara, Guadalajara, España. Coordinador 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 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.

Está previsto que para finales del año 2010 o inicios del año 2011, se publique de forma oficial la modificación de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo, que incidirá fundamentalmente en lograr que todos los espacios públicos e interiores de trabajo cerrados sean libres de humo de tabaco al 100%. Por este motivo, y por la mayor concienciación, un número importante de fumadores solicitará asistencia sanitaria en nuestras consultas para dejar de fumar.

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 asisten-

cial, 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.

Durante el 32 Congreso Nacional de SEMERGEN, que se celebrará el próximo mes de octubre en Gran Canaria, se llevará a cabo el desarrollo de un taller que ofrecerá las estrategias para abordar el tabaquismo en atención primaria.

Este taller ya tiene tradición en los congresos nacionales, 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 el 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.

Espirometría

José Hernández Úrculo

Médico de Familia, Centro de Salud La Vega-Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

Infradiagnóstico

Tanto el estudio IBERCOP como el más reciente EPI-SCAN sobre la prevalencia de la EPOC nos indican que existe un infradiagnóstico de la enfermedad de un 80%. Lo mismo ocurre con la enfermedad asmática, sin diagnosticar el 52% y sin tratar el 26%. A esto también hay que añadir que el 9% de la población adulta y hasta el 15% de la población infantil presentan síntomas de asma. Por todo lo anterior es fundamental que la atención primaria de salud esté suficientemente preparada y puesta al día en las pruebas funcionales respiratorias.

Todos los equipos de atención primaria deberían disponer de un espirómetro de calidad adecuada en su centro de salud, con personal entrenado para realizarlas y saberlas interpretar.

La espirometría es la exploración básica de la función pulmonar. Mide el volumen y la tasa de flujo del aire que respira una persona. Además de para diagnosticar enfermedades, sirve también para determinar el progreso del tratamiento.

Consideraciones generales de la espirometría

Para la realización de la espirometría es necesario disponer de:

- Una habitación cerrada y a poder ser aislada acústicamente.
- Tallímetro.
- Báscula.
- Termómetro para medir temperatura ambiente.
- Barómetro y medidor de la humedad relativa del aire.
- Registro de datos: identificación, fecha y hora, edad, talla, peso y sexo del paciente.

Criterios de aceptabilidad

1. Máximo esfuerzo en la espiración forzada.
2. Que el comienzo haya sido adecuado.

3. Que no se haya producido tos, ni fuga, ni maniobra del Valsalva a causa del cierre de la glotis.
4. Alargamiento de la maniobra (6 s o *plateau*).
5. Tres maniobras aceptables con variabilidad inferior a 200 ml entre las dos mejores.

Contraindicaciones

- Absolutas:
 1. Imposibilidad de realización de la maniobra.
 2. Falta de colaboración del paciente.
 3. Neumotórax.
 4. Angor inestable.
 5. Desprendimiento de retina.
- Relativas:
 1. Traqueostomía.
 2. Parálisis facial.
 3. Problemas bucales.
 4. Náuseas provocadas por la boquilla.
 5. Deterioro físico o cognitivo.
 6. Falta de comprensión de las maniobras a realizar.

Errores más frecuentes

- Relativos al espirómetro: calibración, limpieza, errores antropométricos o en los datos atmosféricos.
- Relativos a la maniobra.
- Relativos al paciente: falta de colaboración, ansiedad, mala preparación.

Técnica

Se realizará una inspiración relajada pero máxima, al finalizar la cual se coloca la boquilla bien sujeta, y el técnico dará una orden enérgica (¡ahora!, ¡ya!) que indica el comienzo de la espiración forzada, que durará, como *mínimo*,



Figura 1 Técnica de la espirometría.

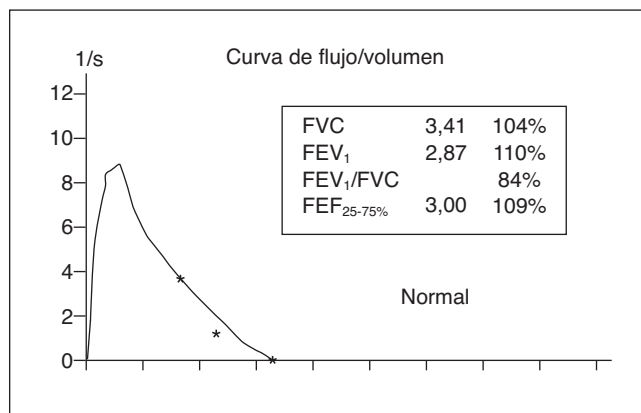


Figura 2 Ejemplo de espirometría normal.



Figura 3 Medidor de pico flujo.

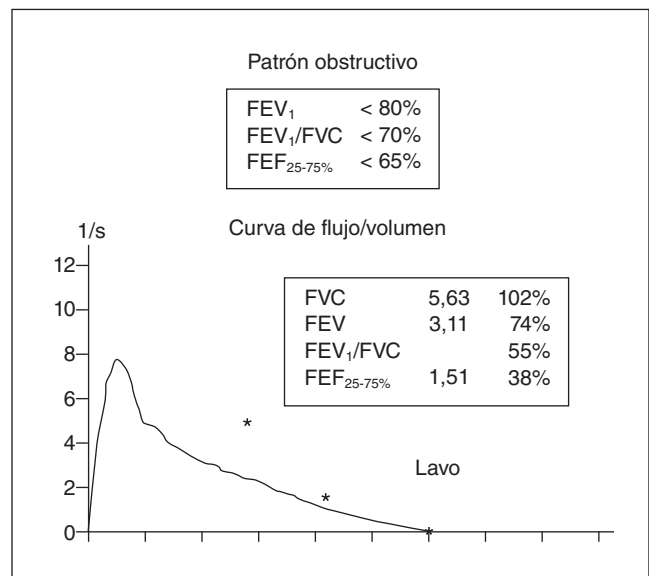


Figura 4 Ejemplo de espirometría con obstrucción.

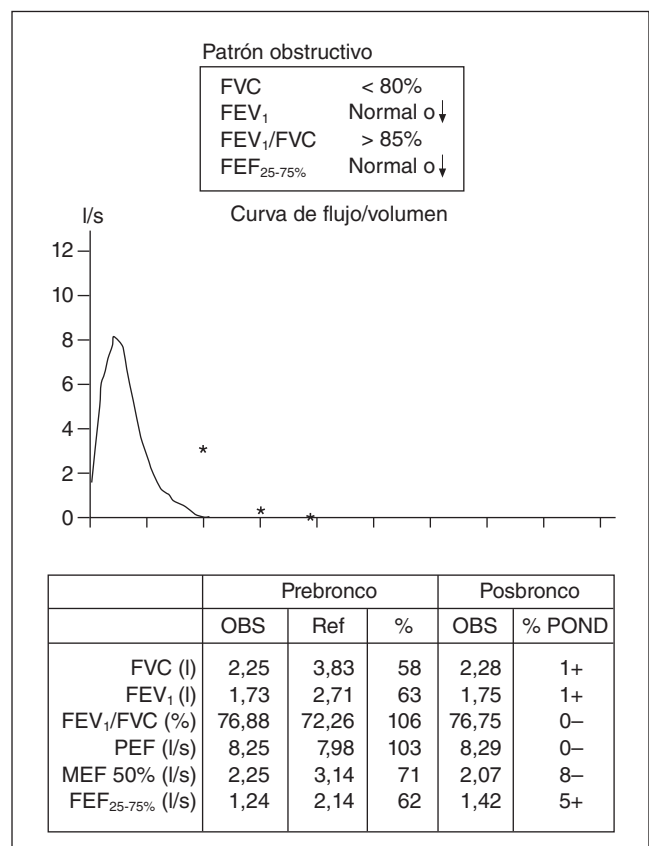


Figura 5 Ejemplo de patrón restrictivo.

6 s. El técnico animará al paciente a continuarla, vigilará que expulse el aire continuamente y asegurará que ésta mantiene un flujo constante (figs. 1-3).

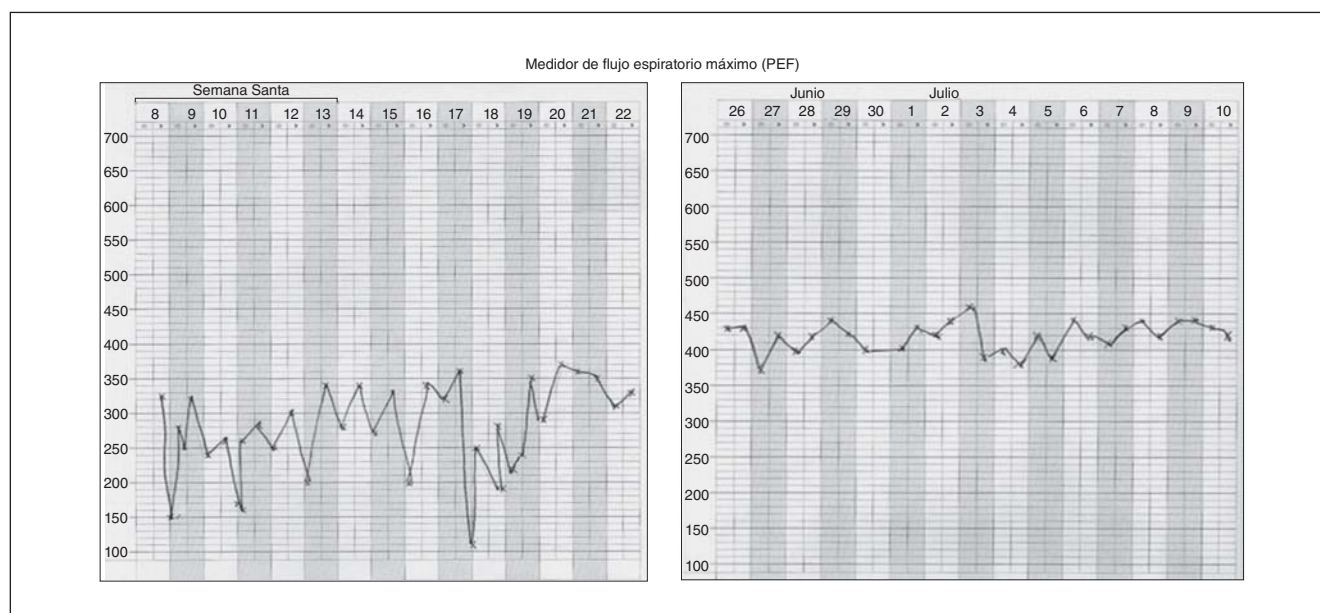


Figura 6 Gráfica obtenida antes y después del tratamiento con broncodilatador.

Parámetros de la espirometría forzada

- FEV_1 (VEMS): volumen espiratorio máximo por segundo.
- FEV_1/FVC : porcentaje que representa el FEV_1 sobre la capacidad vital forzada (FVC).
- $FEF_{25-75\%}$: flujo producido en el 50% central de la espiración.

Patrones espirométricos

Patrón obstructivo (fig. 4)

- FVC: normal o ↓.
- FEV_1 : < 80%.
- FEV_1/FVC : < 70%.
- $FEF_{25-75\%}$: < 60%.

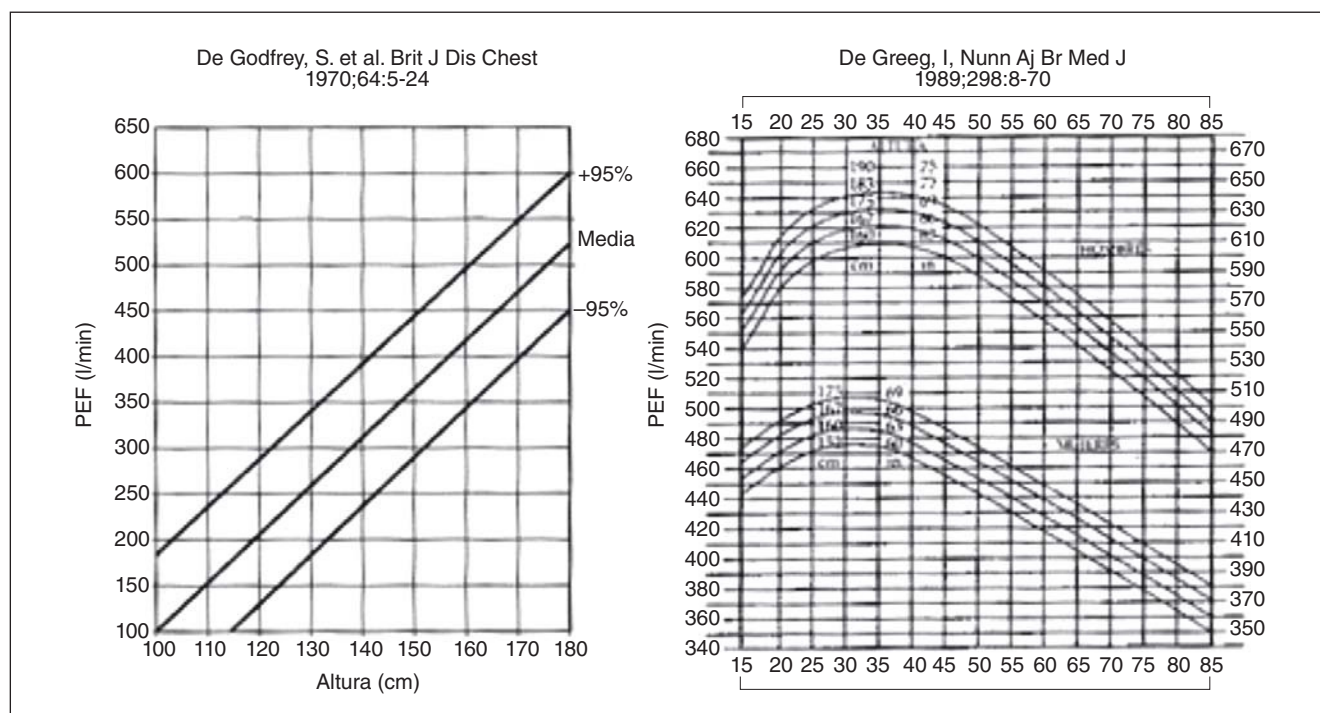


Figura 7 Tablas antropométricas con los valores de referencia de PEF.

Patrón no obstructivo (restrictivo) (fig. 5)

- FVC: < 80%.
- FEV₁: normal o ↓.
- FEV₁/FVC: > 85%
- FEF_{25-75%}: normal o ↓.

Patrón mixto

- FVC disminuido.
- FEV₁ disminuido.
- FEV₁/FVC disminuido.

Grados de afectación de la función pulmonar

- Normal: superior al 80%.
- Leve: entre el 65 y el 79%.
- Moderada: entre el 64 y el 50%.

- Grave: entre el 49 y el 35%.
- Muy grave: inferior al 35%.

Prueba broncodilatadora (fig. 6)

Valora la reversibilidad de la obstrucción. Criterios de positividad:

- FVC: 15% y 200 ml.
- FEV₁: 12% y 200 ml.
- FEF_{25-75%}: 25% y 200 ml.

Indicaciones de PEF (fig. 7)

Las indicaciones de autocontrol en el domicilio con medidor de FEM son:

- Pacientes con asma moderado y grave.
- Asma inestable, asma con variabilidad positiva.
- Asma de riesgo vital.

Evaluación por competencias. Cómo realizar una ECOE

Milagros González Béjar

Médico de Familia, Centro de Salud Montesa, Madrid, España. Coordinadora Nacional del Grupo de Metodología de la Investigación SEMERGEN

Definición

ECOE es la evaluación de la competencia objetiva y estructurada. Este formato de examen va dirigido fundamentalmente al tercer escalón de la pirámide que Miller describió en 1990.

La pirámide de Miller viene escalonada de la siguiente manera:

1. *El saber*, donde se valoran los conocimientos teóricos y prácticos basados en la memoria.
2. *El saber cómo* interrelacionar los conocimientos y como se integran ante una situación concreta.
3. *El demostrar cómo*: valora habilidades, cómo se aplican las competencias que se poseen ante una situación similar a la realidad.
4. *El hacer*, evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

Los instrumentos evaluativos contemplados en la parte alta de la pirámide, es decir, en los escalones 3 y 4, serán mejores predictores del comportamiento profesional del evaluado.

Con la ECOE se pretende valorar la competencia del profesional mediante distintos elementos evaluativos, tales como:

- Pacientes estandarizados o actores entrenados para la simulación de una situación clínica.
- Maniqués, sobre todo para habilidades técnicas, suturas, RCP, tacto rectal, etc.

- Imágenes clínicas (radiografías, electrocardiograma, fotografía, etc.).
- Preguntas abiertas de respuesta corta.

Evaluar la competencia puede ser útil para identificar tanto las debilidades como las fortalezas en el proceso de formación de un profesional. Pero también para programar el aprendizaje práctico de manera más racional y personalizada y, por supuesto, para certificar que un profesional o alumno posee las competencias suficientes para desempeñar su profesión o especialidad y desde luego para recertificar que un profesional mantiene esas competencias.

Esta prueba puede ser idónea para la evaluación al final de un período de formación al coincidir en ella criterios de validez, fiabilidad, reproducibilidad, y aceptabilidad. Por otra parte mide, capacidades en la práctica clínica, prioriza lo básico frente a lo excepcional, evita el carácter punitivo, utiliza el feed-back y está centrada en el que aprende. De esta forma podremos evaluar aquello que Kane definía como competencia: “médico competente es aquel que utiliza los conocimientos, habilidades y actitudes y buen juicio asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio”.

Objetivos generales

1. Conocer esta técnica de evaluación de la competencia.
2. Difusión de su contenido y extensión al personal docente como una herramienta más de evaluación.

Objetivos específicos

1. Principios básicos de la evaluación de competencias.
2. Conocer las bases metodológicas de la ECOE.
3. ¿Qué es un comité de prueba? Diseñar una ECOE.
4. Tabla de especificaciones. Técnicas de evaluación competencias.

5. Significado de ruedas y estaciones. Checklist.
6. Cómo se diseña una ECOE.
7. Entrenamiento de los pacientes simulados.
8. Análisis de resultados.
9. Informe final.

Exploración e infiltración articular

Infiltraciones en atención primaria. Grupo Sur de infiltraciones

Enrique Vargas López

Médico de Familia, Centro de Salud Portada Alta, Málaga, España

Cada día son más los médicos de atención primaria que utilizan las infiltraciones en su práctica diaria.

Los objetivos de este curso-taller son los siguientes:

- Exploración de las articulaciones para adquirir la capacidad de diagnosticar la patología articular y periarticular que sea subsidiaria de tratamiento local con infiltración.
- Conceptos básicos de las infiltraciones, qué instrumental se necesita y qué productos se utilizan en las infiltraciones.
- Promover la adquisición de habilidades técnicas por el médico de atención primaria para poder realizar dicha modalidad terapéutica en nuestras consultas.

- Las características son: técnica sencilla, segura, accesible, asequible, que sólo requiere entrenamiento, prudencia, y práctica, por la cual se obtienen resultados clínicos satisfactorios, muy favorables a corto plazo, requiriendo pocos recursos y asumible.
- Estudios que apoyan su uso.
- Utilidades de las infiltraciones, dónde y cuándo utilizarlas, así como sus contraindicaciones.
- Normas y técnicas de infiltración de cada articulación y precauciones que se deben adoptar.
- Riesgos de las infiltraciones.

Irene Méndez Mesón

Médico Interno Residente de Primer Año de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Introducción sobre los tipos de infiltraciones, las zonas de punción más frecuentes, las técnicas para realizar infiltraciones de forma segura y los resultados de las mismas haciendo una revisión de la bibliografía.

Hiperplasia benigna de próstata

Francisco José Brenes Bermúdez

Médico de Familia, ABS Llefià, Badalona, Barcelona, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología de SEMERGEN

Introducción. Definición y concepto de HBP

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología que afecta fundamentalmente a los varones de más de 50 años de edad¹. Es la primera causa de consulta urológica ambulatoria al especialista y la segunda causa de intervención quirúrgica¹.

Es una enfermedad que tiene un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Clínicamente se manifiesta con unos síntomas denominados del tracto urinario inferior (STUI) o LUTS (siglas en inglés de *lower urinary tract symptoms*)², clasificados como síntomas vesicales, irritativos o de llenado y síntomas uretrales, obstructivos o

de vaciado. Su intensidad es variable (leves, moderados o severos).

Los síntomas del llenado se manifiestan como: aumento de la frecuencia miccional (polaquiuria), micciones nocturnas (nocturia), urgencia miccional, incontinencia por urgencia. Los síntomas del vaciado se manifiestan como: chorro débil, retardo en el inicio de la micción, micción con esfuerzo abdominal, chorro entrecortado, sensación de vaciado incompleto de la vejiga y goteo posmiccional.

La HBP se caracteriza por un crecimiento histológico (micro-macronodular) de la glándula prostática, que en algunos varones puede generar una dificultad del vaciado vesical (obstrucción).

El crecimiento histológico aparece en casi todos los hombres de más de 80 años³; no siempre se encuentra asociado a los STUI. Un 40% de las HBP histológicas tiene sintomatología que afecta negativamente la calidad de vida en 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 estos STUI^{1,2}.

En la 5.ª Reunión Internacional sobre HBP se decidió que debían concurrir los 3 aspectos mencionados (crecimiento, síntomas, obstrucción)⁴.

Factores de riesgo de hiperplasia benigna de próstata

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^{1,3}.

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, fibroblastos¹.

Los pacientes con diabetes tipo 2 o elevados niveles de glucemia en ayunas tienen entre el doble y el triple de posibilidades de tener HBP⁵.

Diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata

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

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 en base al 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) (tabla 1), considera que desde la AP es fundamental en el estudio inicial de la HBP la realización de:

1. Historia clínica.
2. Cuantificación de la sintomatología.
3. Urinoanálisis.
4. Exploración física y tacto rectal.
5. Determinación del PSA.

Un estudio realizado por urólogos españoles, publicado en ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS (2006), encuentra que la realización de las exploraciones anteriormente citadas presenta un valor predictivo positivo (VPP) del 95%⁶.

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.

Tabla 1 Pruebas para el diagnóstico de la HBP SEMERGEN 2007

Pruebas diagnósticas	Grado de recomendación
Anamnesis	Recomendada
International Prostate Symptom Score (IPSS)	
Exploración física, tacto rectal	
Urianálisis	
PSA	
Flujometría	Opcional
Residuo posmiccional	
Creatinina plasmática	
Ecografía abdominal	
Ecografía prostática	
Urografía intravenosa	No recomendada
Ureterocistoscopia	
TC	
RM transrectal	
Brenes FJ et al.	

Estas pruebas diagnósticas son:

1. Función renal.
2. Medición del residuo miccional.
3. Eco abdominal o transrectal.
4. 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.
- Enfermedades neurológicas: neuropatía periférica (diabetes), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, accidente vasculocerebral, 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 traumas 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, alfaadrenérgicos, etc.).

La anamnesis siempre debe acompañarse de una exploración física, sobre todo abdominogenital, en la que valoraremos la presencia de globo vesical, presencia de induraciones y/o inflamaciones en testículos o lesiones en pene.

Complementada la exploración física 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 la presencia 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, moderado, de 8 a 19, y severo, de 20 a 35 (tabla 2)⁷. Habitualmente, el avance de la HBP suele asociarse con un agravamiento de los síntomas (aumento \geq 4 puntos en la IPSS).

Los valores de PSA (antígeno prostático específico) nos orientan no sólo sobre la posible presencia de un cáncer de próstata, sino que son importantes para conocer el riesgo de retención aguda de orina (RAO) y de progresión de la HBP. Cifras de PSA > a 1,5 ng/ml aumentan el riesgo de RAO en 3 veces^{8,9}.

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 hiperplasia benigna de próstata

Los objetivos principales del tratamiento de los pacientes con HBP son^{1,9,10}:

- Mejorar los síntomas.
- Reducir la posibilidad de complicaciones de la enfermedad.
- Evitar y disminuir los efectos adversos del tratamiento.

Va a depender fundamentalmente de:

1. La edad del paciente.
2. Sus expectativas.
3. La sintomatología.
4. Las complicaciones.
5. Su calidad de vida.
6. Eficacia del tratamiento a largo plazo.
7. Morbimortalidad asociada al tratamiento.
8. La decisión y preferencias del paciente.

Existen 3 opciones terapéuticas:

- Vigilancia expectante (espera vigilada).
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.

Vigilancia expectante/medidas higienicodietéticas

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 (neurolépticos, anticolinérgicos, etc.), así como modificar los hábitos miccionales¹⁰.

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 2004⁹.

La única sustancia de este grupo de la que se dispone de datos científicos más fiables es la *Serenoa repens*¹¹.

α -bloqueantes adrenérgicos

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

Tabla 2 IPSS (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 2 h 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 aguantarse 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 a 19 puntos: moderada; > 20 puntos: severa						
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas pronósticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5
Puntuación ≥ 4 : afectación significativa de la calidad de vida del paciente						
Badía X et al.						

inciden fundamentalmente sobre el aspecto sintomático de la HBP, no tienen ningún efecto sobre el volumen de la próstata ni previenen su crecimiento⁹.

Los fármacos más usados son:

- Doxazosina 4 mg.
- Terazosina 5 mg.
- Alfuzosina 10 mg.
- Tamsulosina 0,4 mg.

Doxazosina 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. Estos 2 fármacos no deben utilizarse en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Próximamente se utilizará en España otro fármaco alfa-

bloqueante ya comercializado en Estados Unidos y Japón, autorizado a finales de 2009 por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Se trata de la silodosina a dosis de 4-8 mg. Presenta una mayor selectividad sobre los receptores alfa 1A y alfa 1B de la próstata y la vejiga comparado con los otros alfabloqueantes, no presenta efectos cardiovasculares y disminuye los episodios de nocturia. Su efecto secundario más relevante es la eyaculación retrógrada en mayor proporción que tamsulosina.

Un efecto secundario que debemos siempre tener en consideración con el uso de alfabloqueantes es el síndrome del iris flácido intraoperativo (en inglés, IFIS)¹. Se trata de una relajación del músculo dilatador del iris (meiosis y ondulación del iris) que dificulta la cirugía de cataratas. Su incidencia es baja. Se recomienda evitar su uso en pacientes a los que se va a intervenir de cataratas o suprimir su utilización al menos 2 semanas antes de la intervención y reiniciar su uso 2 semanas después.

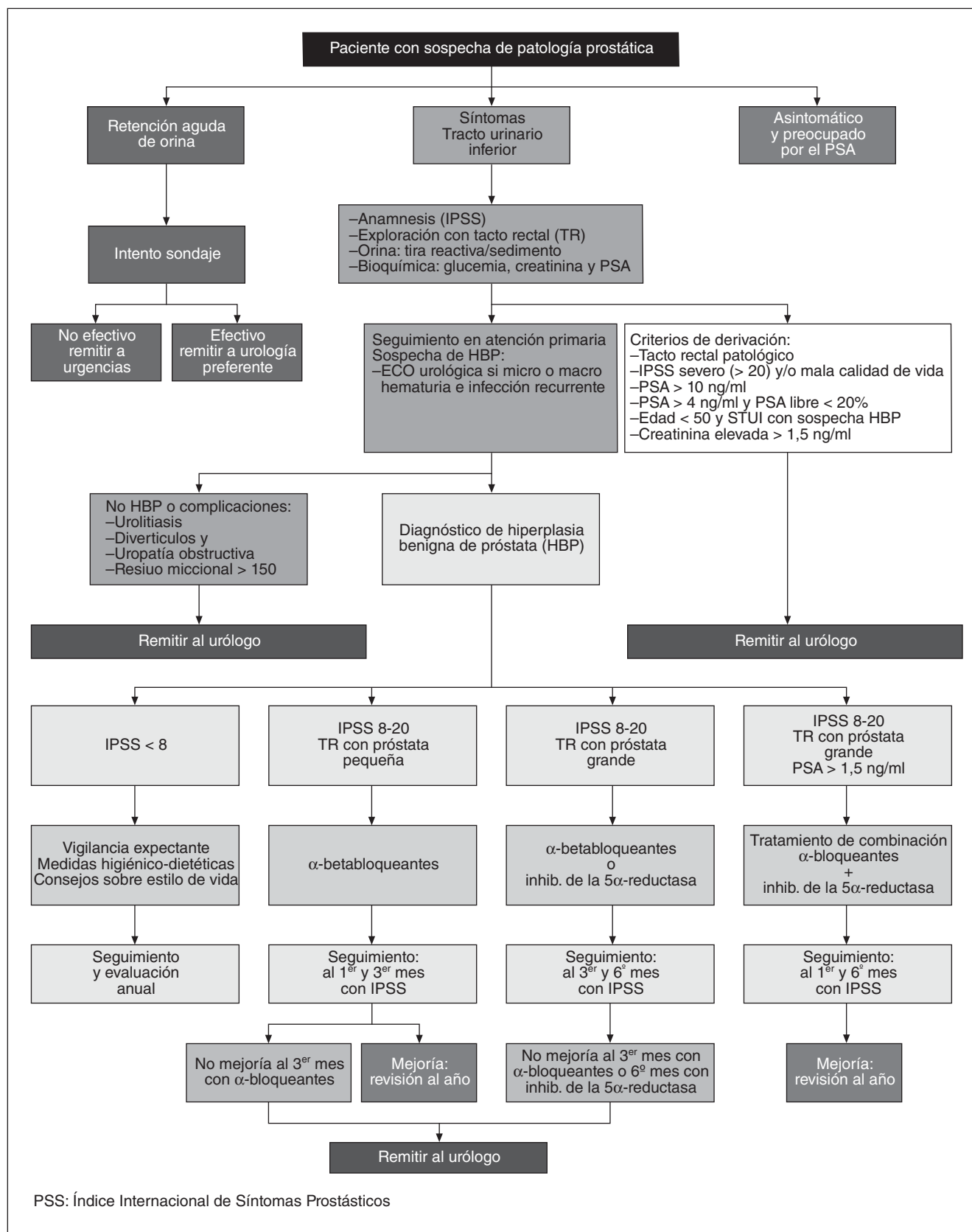


Figura 1 Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG) 2008¹⁷.

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 dihidrotestosterona (DHT). En la próstata existen 2 formas isoenzimáticas de la 5 α -reductasa (tipo 1 y tipo 2)^{1,9}.

Los inhibidores de la 5 α -reductasa comercializados son la finasterida (actúa sobre la isoenzima 2) y la 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%^{12,13}. En menos del 7% pueden aparecer efectos secundarios de la esfera sexual (disfunción eréctil, disminución de la libido).

Tratamiento combinado

Presenta un grado de evidencia 1bA. Se ha observado en estudios clínicos prospectivos y aleatorizados (estudios MTOP's¹⁴ y CombAT¹⁵) que el tratamiento combinado de un α -bloqueante, junto con un inhibidor de la 5 α -reductasa, en pacientes bien seleccionados "con próstatas aumentadas de tamaño 40 o más gramos y PSA > a 1,5 ng/ml", resultaba más eficaz que el tratamiento con dichos fármacos en monoterapia. Se reduce 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^{9,16} insuficiencia renal, litiasis vesical, retención urinaria refractaria, infección urinaria recurrente o hematuria recurrente.

Control y seguimiento desde atención primaria de la hiperplasia benigna de próstata^{17,18} (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 α -bloqueante: 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 (α -bloqueante y con un inhibidor de la 5 α -reductasa): se deberá evaluar su eficacia y tolerabilidad mediante el IPSS al primer y al sexto mes del inicio del tratamiento.

Si existe mejoría, la revisión será anual y se valorará IPSS, exploración física con tacto rectal, tira de orina, valoración de los niveles de creatinina y una determinación del PSA. Si existe riesgo de obstrucción, se aconseja una flujometría y, en su defecto, una ecografía abdominal con residuo posmiccional de forma anual.

metría y, en su defecto, una ecografía abdominal con residuo posmiccional de forma anual.

Bibliografía

1. Brenes FJ, Pérez N, Pimienta M, Dios JM. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33:529-39.
2. Abrams P. New words for old: lower urinary tract symptoms for "prostatism". BMJ. 1994;308:929-30.
3. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132: 474-9.
4. Abrams P, Griffiths D, Hofner K. The urodynamic assessment of lower urinary tract symptoms (committee 7). In Chatelain C, Denis L, Foo KT, Khoury S, Mc Connell J, eds. Benign Prostatic Hyperplasia, 5th International Consultation on BPH. 2000:227-82.
5. Parsons JK, Carter HB, Partin A, et al. Metabolic factors associated with benign hyperplasia: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. J Urol. 2006;175 Suppl 4:432-33.
6. Carballido JA, Badia 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;3:667-74.
7. Badia 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;31:129-40.
8. 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;155:595-600.
9. 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;46:547-54.
10. 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;93:985-90.
11. Wilt T, Ishani A MDR. Serenoa repens para la hiperplasia benigna de próstata (revisión Cochrane traducida). Oxford: La biblioteca Cochrane Plus, 2007:4.
12. Jiménez JF, Quecedo L, Llano J. Finasterida: diez años de uso clínico. Revisión sistemática de la literatura. Actas Urol Esp. 2003;27:202-15.
13. 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;60:434-41.
14. 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;349:2387-98.
15. 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;179:616-21.
16. Brenes FJ, Ródenas JL. Hiperplasia benigna de próstata: manejo y abordaje por el médico de AP. Aula Acreditada El Médico. 2002;842:23-46.
17. Criterios de derivación en HBP desde AP (AEU, SEMERGEN, semFYC, SEMG), 2008.
18. Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido ME, Molero García JM, Pérez Morales D, Castiñeiras Fernández J, Cozar Olmo JM, et al. Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria. SEMERGEN. 2010;36:16-26.

Inercia terapéutica

Inercia clínico-terapéutica en hipertensión

José Luis Llisterri Caro^a y Francisco Javier Alonso Moreno^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, España. Grupo de Trabajo Hipertensión Arterial de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Sillería, Toledo, España. Grupo de Trabajo Hipertensión Arterial de SEMERGEN

La conducta pasiva de los médicos ante situaciones que requieren una modificación terapéutica cuando las evidencias y las guías de práctica clínica (GPC) indican lo contrario constituye lo que se denomina inercia clínica. La inercia clínica terapéutica depende muy especialmente de la formación y actitud del médico, y está suficientemente reconocida como una causa mayor de mal control de la hipertensión arterial (HTA) y de otras enfermedades crónicas.

Las repercusiones clínicas derivadas de la inercia incluyen la no intensificación de las medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas, el retraso en el inicio del tratamiento y la falta de un correcto plan de seguimiento que garantice la detección e intervención ante complicaciones de la enfermedad. En la actualidad son bien conocidos algunos factores externos y otros de carácter individual, dependientes del propio médico, que pueden influir sobre la conducta menos rigurosa ante los pacientes hipertensos mal controla-

dos. Aunque algunas características propias de la atención primaria (AP) actual, como son la falta de tiempo y la masificación de nuestras consultas, pueden ser importantes en la aparición de la inercia, hay que subrayar que las causas de la misma, también las estrategias correctoras, son múltiples y merecen un análisis detallado de las mismas al objeto de implementar las medidas oportunas para neutralizar su impacto desfavorable en el control de las enfermedades crónicas.

Los factores relacionados con la inercia terapéutica se centran básicamente en la sobreestimación del cuidado de los pacientes, el déficit del conocimiento y la percepción de que las cosas se están haciendo bien. La clarificación de los objetivos terapéuticos, con la aceptación implícita de las recomendaciones de las GPC, constituye un aspecto crucial en la neutralización de la inercia terapéutica en la práctica clínica de AP y especializada. La mejor estrategia para evitar la inercia es combinar adecuadamente las diferentes estrategias disponibles, especialmente diagramas de flujo, recordatorios en la historia clínica, formación en patologías crónicas y *feed-back* sobre la actuación médica, todo ello en el contexto de una buena relación médico-paciente. Sería deseable recordar periódicamente estas estrategias en el médico práctico y también proporcionar su conocimiento en el período de formación de pregrado en las facultades de medicina y en el posgrado, durante el período de formación MIR.

Para tratar de resolver las posibles repercusiones clínicas que pueden originar la inercia terapéutica se ha diseñado este taller. En el mismo, mediante la resolución de casos clínicos, de una forma participativa entre los docentes y discentes, se tratarán también aspectos teóricos sobre los factores más importantes relacionados con la inercia terapéutica.

Insulinización en diabetes mellitus tipo 2: de la insulinización basal a la intensificación

De la insulinización basal a la intensificación

José Manuel Comas Samper

Médico de Familia, Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo, España

Dentro del abordaje terapéutico, la insulinización es un paso esencial en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, enfermedad caracterizada por un deterioro progresivo en el control glucémico que obligará habitualmente a la necesidad e indicación de insulinizar, bien desde el inicio o en fases más avanzadas, tras el fracaso de la terapia oral combinada.

En los algoritmos más conocidos (ADA, EASD, Gedaps), siempre está planteado el escalón terapéutico con la indi-

cación de la insulinización basal, habitualmente con un análogo basal de la insulina que permite mantener niveles basales de insulina hasta 24 h, con bajo riesgo de hipoglucemias por carecer de “pico” hipoglucémico, generalmente combinada con metformina como sensibilizador y abordando el problema de la glucotoxicidad permitiendo el restablecimiento insulinsecretor a nivel pancreático en respuesta a la ingesta.

En fases más avanzadas, y por deterioro pancreático con ausencia de respuesta insulínica a la ingesta, se precisará la administración de insulina rápida o ultrarrápida, con la ventaja en estas últimas de administrarla al inicio de la ingesta, a través de distintas estrategias clásicas o bien novedosas y contrastadas, como es la estrategia basal-plus e incluso, en algunos casos, llegando a la administración de terapia intensiva de 3 o más dosis de insulina.

Todas estas estrategias de insulinización con planteamiento de casos clínicos prácticos, indicaciones, autocon-

trol glucémico, métodos de ajuste de dosis y las distintas formas de terapia insulínica serán abordadas en este taller, con el objetivo último de extrapolar el adiestramiento realizado a la práctica clínica habitual de la consulta, no de-

morar la insulinización cuando esté indicada y el beneficio demostrado del buen control glucémico, considerando las características individuales de cada paciente diabético y el tratamiento más indicado.

La salud del hombre como objetivo: el vínculo entre hipogonadismo, disfunción eréctil y síndrome metabólico

Eduard García Cruz

Urólogo/Andrólogo, Servicio de Urología, Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

El síndrome de deficiencia de testosterona es una entidad clínica y bioquímica que se caracteriza por síntomas de deficiencia de testosterona (disminución de la libido, disfunción eréctil, alteración del estado de ánimo, alteración de la relación masa grasa/masa magra, osteoporosis).

La prevalencia del síndrome de deficiencia de testosterona aumenta con la edad, siendo de más del 10% a partir de los 50 años en estudios europeos. En nuestro país, los estudios cifran la prevalencia de síndrome de deficiencia de testosterona entre el 7 y el 28%.

Los principales factores de riesgo para el síndrome de deficiencia de testosterona son la dieta hipercalórica y el sedentarismo, la hipertensión arterial, la resistencia periférica a la insulina y la dislipemia, que conducen a la obesidad. La actividad aromatasa del tejido graso produce inactivación de la testosterona circulante.

El síndrome de deficiencia de testosterona impacta tanto sobre aspectos relacionados con la esfera sexual (disfunción eréctil, disminución de la libido) como con la salud general (aumento de la mortalidad, vasculopatía periférica, osteoporosis, alteraciones cognitivas, obesidad y reducción de masa muscular).

El tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona comprende la modificación de estilos de vida no saludables, el tratamiento de la comorbilidad y la suplementación con testosterona.

Existe amplia evidencia de la eficacia y la seguridad del tratamiento con testosterona. Estudios publicados demuestran que el tratamiento con testosterona mejora tanto as-

pectos de la esfera sexual como de salud general. Por otro lado, la seguridad cardiovascular y prostática del tratamiento con testosterona ha sido demostrada en estudios de farmacovigilancia.

Objetivo general

1. Conocer la importancia, prevalencia, factores de riesgo, comorbilidad y tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona.
2. Conocer la relación entre síndrome metabólico, síndrome de deficiencia de testosterona y disfunción eréctil.

Objetivos específicos

1. Conocer los criterios diagnósticos del diagnóstico del síndrome de deficiencia de testosterona.
2. Conocer los mecanismos fisiopatológicos que relacionan el síndrome metabólico, el síndrome de deficiencia de testosterona y la disfunción eréctil.
3. Conocer la comorbilidad asociada al síndrome de deficiencia de testosterona.
4. Conocer las opciones de tratamiento del síndrome de deficiencia de testosterona: modificación de estilos de vida, tratamiento de la comorbilidad, suplementación con testosterona.
5. Conocer el esquema de seguimiento del síndrome de deficiencia de testosterona. Conocer los principales efectos secundarios del tratamiento con testosterona.

Nutrición

Alimentación natural frente a funcional

Vicente Pascual Fuster^a y M. Luisa López Díaz-Ufano^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Palleter, Castellón, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Torres de la Alameda, Madrid, España

La alimentación es la base sobre la que se sustenta la buena salud de los individuos, y las mejoras en las características nutricionales de la dieta redundan en una mejora de

la salud poblacional; así, tenemos ejemplos como Finlandia, país con una elevada mortalidad cardiovascular, que inició en los años setenta el proyecto North Karelia, consiguiendo entre 1971 y 1995 una reducción del 73% de la mortalidad por cardiopatía isquémica en la población en edad laboral, a través de la promoción de cambios de hábitos en la población, fundamentalmente con una disminución de la elevada ingesta de grasa saturada de la dieta¹. La dieta que tradicionalmente se ha seguido en los países ribereños del Mediterráneo se relaciona con una buena salud en estas poblaciones, con un patrón alimentario caracterizado por el alto consumo de alimentos naturales como vegetales (verduras, cereales integrales, legumbres, frutas y frutos secos) y pescado, y el bajo consumo de grasas animales, y de alimentos procesados ricos en azúcares simples, con el uso del aceite de oliva como grasa culinaria principal. Las bondades de la dieta mediterránea han sido analizadas en una revisión sistemática, encontrando efectos favorables sobre las lipoproteínas plasmáticas, la función endotelial, la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico, la capacidad antioxidante y la mortalidad cardiovascular². También en nuestro país, los resultados del estudio Predimed avalan los beneficios de una alimentación natural tipo mediterráneo rica en frutos secos y aceite de oliva³.

En los últimos años la industria alimentaria ha desarrollado una amplia gama de productos alimentarios naturales “enriquecidos” o elaborados, con el objeto de proporcionar un beneficio más allá del olor, sabor, textura o valor nutricional, y que afectan funciones fisiológicas en términos de prevención de enfermedad o promoción de la salud; son los denominados alimentos funcionales o “nutracéuticos”. Se trata siempre de componentes naturales de los alimentos, tanto intrínsecos como añadidos por fortificación; también podemos incluir alimentos de los cuales en el proceso de elaboración se han eliminado uno o más componentes potencialmente nocivos (un claro ejemplo es la leche desnatada). Es importante remarcar que las recomendaciones de los alimentos funcionales deben tener como condición básica la existencia de una evidencia científica consistente sobre sus beneficios.

Esta amplia oferta y las campañas publicitarias adicionales hacen que muchos de nuestros pacientes nos pregunten sobre las presuntas bondades de estos alimentos funcionales; así, tenemos que:

- Alimentos enriquecidos en esteroides vegetales tienen un reconocido efecto hipocolesterolemizante por inhibición competitiva de la absorción del colesterol en el lumen intestinal, dada su similitud estructural. El consumo en la dieta de 2-3 g de estanoles/esteroides vegetales presentes en estos alimentos funcionales logra una reducción del c-LDL (6-15%).
- Productos vegetales ricos en fibra soluble, cuyo consumo reduce modestamente la colesterolemia y modula la hiperglucemia posprandial. Las legumbres son un alimento natural con estas propiedades.
- Alimentos fortificados con ácido fólico, diseñados para corregir la deficiencia de esta vitamina en el embarazo, que conlleva el riesgo de defectos del tubo neural en el feto. Los suplementos de ácido fólico, aunque reducen la

homocisteinemia, no han demostrado mejorar la morbimortalidad cardiovascular.

- Alimentos “naturales”, como los frutos secos, ricos en diversos componentes cardiosaludables (grasa insaturada, vitamina E y otros antioxidantes, fibra, arginina) y, en el caso de las nueces, ácido alfa-linolénico, el ácido graso n-3 vegetal. Su consumo frecuente se asocia a una notable reducción de la incidencia de cardiopatía isquémica, aparte de tener un claro efecto reductor del colesterol.
- Los alimentos en los que abundan los ácidos grasos n-3, sea el ácido alfa-linolénico (nueces y semillas -y aceites derivados- de lino, soja y colza) o los de origen marino (pescado). Su consumo frecuente tiene un efecto protector de la cardiopatía isquémica y, en particular, de muerte súbita por arritmia. En dosis altas tienen efecto hipotrigliceridemiante.
- Alimentos naturales ricos en antioxidantes (verduras y frutas). Grandes estudios prospectivos muestran los beneficios de un mayor consumo de vegetales con riqueza en antioxidantes naturales, al relacionar directamente una mayor ingesta de estos alimentos con una menor mortalidad por cualquier causa^{4,5}. En cambio, los suplementos de vitaminas y otros antioxidantes adicionados a la dieta no han demostrado beneficio alguno. Parece pues razonable que el aporte vitamínico se realice a través de sus fuentes naturales, recurriendo a la alimentación funcional en el supuesto caso de que este aporte no esté garantizado con la dieta habitual, sin desdeñar que estos alimentos “enriquecidos” en vitaminas sean una fuente adicional de aporte a la dieta de grasas poco recomendables (saturadas o hidrogenadas-trans) o de azúcares simples.

En definitiva, podemos concluir que, independientemente de los beneficios atribuidos a los alimentos funcionales, éstos nunca suplen, sino que complementan, unos hábitos dietéticos saludables.

Bibliografía

1. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr.* 2002;5(1A):245-51.
2. Serra-Majem L, Román B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutr Rev.* 2006;64(2 Pt 2):S27-47.
3. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;145:1-11.
4. Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria CM, Vupputuri S, Myers L, Whelton PK. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:93-9.
5. Steffen LM, Jacobs Jr DR, Stevens J, Shahar E, Carithers T, Folsom AR. Associations of whole-grain, refined-grain, and fruit and vegetable consumption with risks of all-cause mortality and incident coronary artery disease and ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Clin Nutr.* 2003;8:383-90.

Planificación familiar

Jesús Iturralde Iriosa^a y Eugenia García Virosta^b

^aMédico de Familia, Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria, España

^bMédico de Familia, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

Los adolescentes de este país están comenzando cada vez con una menor edad su primera relación sexual. En ocasiones esta relación es sin protección anticonceptiva, pudiendo producirse en algunos casos un embarazo, no deseado en la gran mayoría de las veces. Entre nuestros jóvenes está aumentando la población sexualmente activa, con el consiguiente riesgo de mayor número de embarazos y aumento de infecciones de transmisión sexual. Esto también conlleva el aumento de interrupciones voluntarias del embarazo. Este panorama no debiera ser así, ya que disponemos de un gran arsenal de productos anticonceptivos.

El objetivo del taller es dar al profesional sanitario de atención primaria conocimientos sobre planificación familiar, que le ayuden de la mejor manera posible a ayudar a su población.

Temario

- Fisiología del ciclo femenino.
- Diferentes tipos de anticonceptivos. Eficacia y aceptabilidad.
- Anticoncepción de urgencia.
- Casos clínicos.

Prevención del cáncer ginecológico: cérvix

Prevención del cáncer de cuello uterino

Mercedes Abizanda González^a, Matilde Sierra^b y Elena Martínez Prats^c

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

^bMédico de Atención Primaria, Miembro del Grupo Atención a la Mujer de SEMERGEN, EAP Santoña, Cantabria, España

^cMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Barceloneta, Barcelona, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo del Adolescente de SEMERGEN

- Recordar aquellas estrategias que disminuyen la incidencia del cáncer de cérvix, entre ellas las vacunas contra el cáncer de cérvix.
- Recordar aquellas estrategias que disminuyen la morbilidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios tempranos.
- Practicar el método y técnica de la citología.

Cáncer de cuello uterino. Cribado y diagnóstico precoz

233.000 mujeres mueren el mundo cada año a causa del cáncer de cuello uterino (CCU). En Europa, el cáncer de cuello uterino es el cuarto en incidencia, la epidemiología del CCU 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 el 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 coresponsables 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

Objetivo general

A través de casos clínicos teóricos se recuerda a los profesionales de atención primaria la importancia del cribado y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

Objetivos específicos

- Conocer la epidemiología del cáncer de cuello uterino en el mundo y cómo los movimientos migratorios modifican éstas.
- Comprender la historia natural del cáncer de cérvix a través de la explicación de los mecanismos de infección por VPH.

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 oportuna, 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.

Para aumentar la sensibilidad de la citología deberemos conocer la técnica correcta de toma de muestra. Esto ayudará a disminuir los falsos negativos.

Prevención del cáncer ginecológico: mama

Exploración mamaria

Ester Redondo Margüello

Médico de Familia, Centro Monográfico de Salud Internacional, Madrid Salud, Madrid, España

El objetivo del taller "Exploración mamaria" es trasladar a los médicos de AP las habilidades necesarias para hacer una historia clínica dirigida a la mama. Se pretende también adquirir el hábito de una exploración clínica mamaria sistemática y rigurosa, para lo cual se dispondrá de un maniquí simulador de diferentes patologías, así como poder reconocer la semiología mamaria más importante y frecuente.

También se pretende que el médico de AP se familiarice con los factores de riesgo de cáncer de mama y con las pruebas de diagnóstico por imagen más comunes en patología mamaria (mamografía, ecografía, etc.) y conozca los protocolos de actuación y seguimiento en cada caso, para poder así realizar su actividad de forma eficiente y coordinada con el especialista, el ginecólogo.

No debemos olvidar que el médico de AP es el primer contacto de las pacientes con el sistema sanitario y que, fundamentalmente, de estos profesionales dependerá la prevención de la enfermedad. Dado que la prevención primaria del cáncer de mama aún no es posible, lo que debemos perseguir entre todos es la prevención secundaria, es decir, el diagnóstico de la enfermedad, en la fase más precoz posible, para que con ello se vean reducidas la mortalidad y morbilidad de la enfermedad.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer occidental y la segunda causa de muerte (después del cáncer de pulmón) por cáncer de mujeres en el mundo, representando la principal causa de muerte entre los 35-54 años.

Su incidencia aumenta con el nivel económico. Más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrolla-

dos. Se estima que en 2010 se diagnosticarán 20.000 nuevos cánceres de mama en España, lo que representa que 1 de cada 20 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de los 75 años y el 66-67% son posmenopáusicas.

Sin embargo, gracias al diagnóstico precoz, el 83% de los cánceres de mama diagnosticados no serán mortales. En las recaídas la estimación de supervivencia es una media de 2 años de vida. La detección precoz cuando el tumor no está extendido ni evolucionado hace que el porcentaje de curación se eleve casi al 90%.

Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en nuestro país, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez mejor, pero el número de muertes y las tasas de mortalidad descienden, debido sobre todo a los avances terapéuticos y al diagnóstico precoz.

Es importante que las mujeres acudan a su médico de AP o ginecólogo a partir de los 40 años de edad, para la revisión mamaria anual. Su médico les hará una exploración clínica mamaria y decidirá sobre la petición de las pruebas complementarias más adecuadas y su periodicidad. En cualquier caso, la mujer debe estar concienciada para una revisión mamográfica anual o bianual a partir de los 50 años y hasta los 65 años.

Como se expone en este taller, existen factores de riesgo muy diversos que influyen en la aparición del cáncer de mama y que debido a su frecuencia pueden estar presentes en muchas mujeres sin que tengan que determinar por ello un riesgo absoluto, pero sí una llamada a la prevención. Esa prevención se basa en controlar los factores que pueden ser modificados y en hacer una labor de vigilancia. El diagnóstico precoz no sólo ofrece una reducción en la mortalidad, sino que permite una mejora en la calidad de vida. Este diagnóstico precoz se consigue principalmente con la mamografía, que permite realizar diagnósticos en etapas precínicas, por lo que se insistirá en las imágenes mamográficas básicas y en el Sistema de Reporte y Base de Datos de Estudios de Imágenes de la Mama (BI-RADS).

Prevención del cáncer ginecológico: ovario y endometrio

Mercedes Abizanda González^a, Matilde Sierra^b y Elena Martínez Prats^c

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

^bMédico de Atención Primaria, Miembro del Grupo Atención a la Mujer de SEMERGEN, EAP Santoña, Cantabria, España

^cMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Barceloneta, Barcelona, España. Coordinadora del Grupo de Trabajo del Adolescente de SEMERGEN

Objetivo general

A través de casos clínicos teóricos se recuerda a los profesionales de atención primaria la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de ovario y útero.

Objetivos específicos

- Conocer la epidemiología del cáncer de ovario y útero en nuestro medio.
- Conocer los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de ovario y útero.
- Conocer el diagnóstico diferencial y los métodos diagnósticos del cáncer de ovario y útero.
- Conocer la información imprescindible que debe constar en las derivaciones a ginecología de casos sospechosos de cáncer de ovario y útero.

Cáncer de ovario y útero. Diagnóstico precoz

Con cierta frecuencia se utilizan como sinónimos los conceptos despistaje (que equivale a cribado y al término inglés *screening*) y diagnóstico precoz, aunque en realidad no son exactamente lo mismo. El despistaje de una enfermedad consiste en la aplicación de las pruebas necesarias para

detectar dicha enfermedad en la población asintomática (y, por tanto, supuestamente sana) en estadios muy precoces, idealmente no invasivos. El diagnóstico precoz o temprano consiste en identificar la enfermedad lo antes posible una vez que se manifiesta clínicamente. Ambas son estrategias de prevención secundaria, es decir, disminuyen la morbi-mortalidad de la enfermedad al diagnosticarla en estadios iniciales, pero no disminuyen su incidencia.

No existen programas de despistaje para el cáncer de endometrio. Los estudios realizados hasta el momento parecen indicar que el *screening* se debería reservar para grupos de pacientes con alto riesgo de padecer esta enfermedad, fundamentalmente menopáusicas obesas, hipertensas o diabéticas (no obstante, no se debe olvidar que el 30% de los cánceres de endometrio ocurre antes de la menopausia).

No disponemos de ningún método de cribado del cáncer de ovario que, aplicado a la población general, haya demostrado ser eficaz para disminuir la morbimortalidad de la enfermedad. El cáncer de ovario tiene una incidencia baja, pero una mortalidad muy elevada.

El objetivo del médico de primaria debe ser conocer aquellos factores de riesgo para padecer este tipo de cánceres; asimismo, resultará clave en el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes que el médico de atención primaria haya adquirido las habilidades para reconocer signos y síntomas que permitan la derivación urgente si procede.

Suelo pélvico. Incontinencia urinaria femenina

Eduardo Luelmo Buitrón

Jefe de la Unidad de Suelo Pélvico, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España

Definición del problema

Incontinencia de orina es la pérdida involuntaria de orina (*informe del subcomité de estandarización de la terminología de la International Continence Society traducido al español*). Preguntar si la mujer tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales que afectan a su calidad de vida debe formar parte de la práctica diaria del ginecólogo. En caso afirmativo, debe ponerse en marcha todo el proceso diagnóstico de la incontinencia urinaria (IU) (tabla 1).

Diagnóstico

Anamnesis

Es el primer procedimiento de evaluación de la IU, que revisa los antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos, y la anamnesis dirigida a la IU a través de sus síntomas:

- Identificar los factores de riesgo para la IU, algunos de ellos modificables como la ingesta excesiva de bebidas y

Tabla 1 Tipos de IU más frecuentes en la consulta de ginecología

En la consulta ginecológica los tipos de IU más frecuentes son:

- *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal desencadenado por la actividad física. Es debida a la hipermovilidad uretral y menos veces a una deficiencia intrínseca del esfínter uretral
- *Incontinencia urinaria de urgencia*: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna. Es debida a contracciones involuntarias del detrusor
- *Vejiga hiperactiva*: síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin IU. Presumiblemente se debe al mismo proceso patológico que la IU de urgencia
- *Incontinencia urinaria mixta*: es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva

estimulantes (café, té, etc.), o de ciertos tratamientos farmacológicos, con una importante repercusión como los diuréticos y psicofármacos.

- Valorar los síntomas indicativos de cada tipo de IU. En la tabla 2 mostramos las preguntas clave para el diagnóstico de presunción de la IU.
- Etiquetar la gravedad de la IU con el conocimiento de la cantidad y tipo de absorbentes y del número de episodios de IU.
- Valorar mediante los cuestionarios la repercusión de la IU sobre la calidad de vida.
- Identificar los síntomas asociados a la IU que corresponden al resto de las disfunciones del suelo pélvico como son el prolapso, la incontinencia fecal, el dolor pélvico y la disfunción sexual.

Cuestionarios

Existen cuestionarios estandarizados de síntomas que, además de ayudarnos a identificar el tipo de IU, nos permiten valorar la repercusión sobre la calidad de vida. Entre ellos destacan cuestionarios validados, como el “King’s Health

Questionnaire”, el Cuestionario Corto de Calidad de Vida del “International Consultation on Incontinence” (ICIQ-IU-SF).

Diario miccional

El diario miccional es otra herramienta de la historia clínica de la que nos podemos servir para el diagnóstico y seguimiento de la IU. Su objetivo radica en identificar la frecuencia miccional y los episodios de IU, tanto de urgencia como de esfuerzo, valorar la ingesta de líquido y el volumen miccional y conocer el número y tipo de absorbentes que precisa para protegerse de la IU.

Exploración física

Comprende una exploración general, neurológica y ginecológica, seguida de una exploración dirigida a la IU.

- General: valora el estado de salud de la mujer y los aspectos antropométricos (peso, talla, cicatrices, estrías).

Tabla 2 Preguntas clave para el diagnóstico de la IU

Síntomas de IU de esfuerzo

¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?

Síntomas de IU de urgencia

¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?

Síntomas asociados con la incontinencia

¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?

¿Cuántas veces orina durante el día?

¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar?

¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?

Síntomas sugestivos de disfunción de vaciado

¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?

Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia

¿Se le escapan gotas o se moja mucho?

¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál?

¿Cuántas veces se cambia diariamente?

Tabla 3 Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Evaluación básica de la mujer con síntomas de IU:

Toda paciente con síntomas de IU que afecten a su calidad de vida debe someterse a la exploración básica que consiste en:

- Anamnesis. Cuestionario de síntomas y de calidad de vida (Sándvik)
- Exploración física. Test de esfuerzo. Análisis de orina. Diario miccional

En los casos carentes de complejidad mediante la exploración básica se puede establecer el diagnóstico clínico de la IU e indicar tratamientos no quirúrgicos y eliminar los factores de riesgo

Exploración especializada:

Se recomienda el estudio urodinámico en pacientes:

- Diagnosticadas mediante la exploración básica, en las que ha fracasado el tratamiento
- Con indicación de tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo
- Con sintomatología compleja (síntomas de diferentes tipos de IU)
- Con fracasos y complicaciones de cirugía previa

Se recomienda:

- Cistomanometría de llenado para el diagnóstico diferencial entre la IU de esfuerzo, la IU de urgencia y la IU mixta
- Cistomanometría de vaciado para el diagnóstico diferencial entre las diferentes tipos de disfunciones de vaciado
- Uretrocistoscopia en los casos de hematuria, leucocituria con urocultivo negativo, y sobre todo si se asocian a clínica de urgencia-frecuencia y dolor

- Neurológica: nos informa de la función sensorial y motora, con una atención especial a los nervios de las raíces sacras. Para ello valoramos el reflejo anal y bulbocavernoso y la sensibilidad perineal.
- Capacidad contráctil del suelo pélvico: escala de Oxford (0: no contracción; 5: contracción máxima).
- Ginecológica: valora el trofismo de los tejidos, el tipo y grado de prolapso. Se tienen que descartar cicatrices, malformaciones y la presencia de masas pélvicas.
- Dirigida a la IU: tiene como objetivo evidenciar la IU con el esfuerzo, la movilidad de la uretra.
 - Prueba de esfuerzo: con la vejiga llena con 250 ml de suero fisiológico, se solicita a la mujer que tosa en decúbito y en bipedestación. Si evidenciamos la pérdida de orina por la uretra, nos orienta hacia una IU de esfuerzo. En pacientes con prolapso genital se debe realizar la prueba de esfuerzo previa reducción del mismo con pesario.
 - Movilidad de la uretra: mediante inspección.

Orina residual

Se debe realizar a mujeres con síntomas de dificultad miccional y a mujeres con prolapsos de pared vaginal anterior o grandes prolapsos que puedan ocasionar disfunciones de vaciado.

Análisis de orina

Su objetivo es descartar la infección de orina y la hematuria, en cuyo caso debemos completar el estudio (valorar remitir a urología).

Test de la compresa

Es una prueba que cuantifica la pérdida de orina. Existen test cortos (de 1 h de duración) homologados por la ICS y de 24 y 48 h, que son más reproducibles.

Exploración urodinámica

En determinados casos, y dependiendo de la clínica y el tratamiento al que se deba someter, se debe realizar el estudio urodinámico. Esta exploración, además del diagnóstico de la IU, nos permite el diagnóstico de las disfunciones del vaciado vesical. La exploración urodinámica consta de la flujometría, la cistomanometría y el perfil de la presión uretral.

Técnicas endoscópicas

Uretrocistoscopia

Permite descartar la patología orgánica. Está indicada en pacientes con hematuria, clínica de urgencia-frecuencia sin respuesta al tratamiento.

Técnicas de imagen

Permiten visualizar el tracto urinario inferior mediante una imagen ecográfica, radiológica o por resonancia magnética. Pueden ayudarnos, junto con el estudio urodinámico, a la identificación de la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca.

Resumen (tabla 3)

Tratamiento

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

En los casos leves y moderados (grado I y II de incontinencia, escape de gotas o un pequeño chorro) se recomienda

empezar siempre por un tratamiento conservador, y sólo si fracasa y/o afecta mucho a la calidad de vida de la paciente, se puede pensar en un tratamiento quirúrgico.

Tratamiento conservador

- Cambios en el estilo de vida: reducción de peso, evitar determinados tipos de esfuerzos físicos (deporte, trabajo) que aumentan la tasa de incontinencia y prolapso, respecto a mujeres de hábitos sedentarios, así como el tabaco y el estreñimiento crónico.
- Terapias físicas: rehabilitación del suelo pélvico (RSP). Ejercicios de Kegel, conos vaginales, bolas chinas. Remitir al servicio de rehabilitación de referencia de entrada si se cree necesario o fracaso de los anteriores. Existe evidencia de nivel 1 que permite considerar los ejercicios de contracción de los músculos del suelo pélvico como la primera opción de tratamiento en la IUE, sobre todo en la IUE leve y moderada. En pacientes motivadas debería ofrecerse como tratamiento de primera línea (grado de recomendación A).

Tratamiento quirúrgico

Iría dirigido a estabilizar la uretra en casos de hipermovilidad o bien conseguir una coaptación de la misma, en las pacientes con disfunción uretral intrínseca.

Tratamiento quirúrgico de la IUE aislada

- Colposuspensión retropubiana de Burch.
- Banda suburetral libre de tensión: TVT, TOT. Se ha convertido en la técnica más utilizada en el tratamiento quirúrgico de la IUE. En el momento actual se dispone de series amplias y con seguimiento a más de 7 años que la han convertido en la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la IUE por hipermovilidad uretral.

Tratamiento quirúrgico de la IUE asociada con el prolapso genital

Con frecuencia, en la práctica ginecológica, la IUE se encuentra asociada con el prolapso genital, aunque la mujer no manifieste síntomas claros. Si se considera la paciente candidata a tratamiento quirúrgico del prolapso, se debe asociar una técnica antiincontinencia a esta cirugía siempre que se evidencie una IUE real o enmascarada.

Resumen y recomendaciones

Además de los cambios en el estilo de vida, como primera opción terapéutica en la IUE se recomendará la rehabilitación muscular del suelo pélvico (grado de recomendación A). La cirugía será siempre un tratamiento de segunda línea. Existe evidencia de nivel 1-2 que permite afirmar que los resultados de la colposuspensión retropública por vía laparotómica y los de la banda libre de tensión son similares, por lo que se pueden utilizar indistintamente para corrección de la IUE por hipermovilidad uretral (grado de recomendación A). Dada la baja morbilidad y facilidad de realización de la técnica de banda libre de tensión, la convierten en la técnica más utilizada.

Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva

Tiene como objetivo aliviar los síntomas de aumento de frecuencia miccional, urgencia y de incontinencia de urgencia. En el momento actual se basa fundamentalmente en el tratamiento conservador y farmacológico.

Tratamiento conservador

Cambio del estilo de vida

- Pérdida de peso*: la obesidad es un factor de riesgo independiente de la IU en la mujer. Existe evidencia de mejoría de la IU después de una pérdida importante de peso en mujeres con obesidad mórbida (*nivel 2*). Las mujeres con IU moderadamente obesas que pierden peso mejoran más que las que no lo pierden (*nivel 1*).
- Cambios en la dieta*: como la reducción de la ingesta excesiva de líquidos y excitantes. Los datos sobre la ingesta de cafeína y la IU son contradictorios; ensayos clínicos de muestra pequeña sugieren que la reducción de cafeína mejora la continencia (*nivel 1*).

Fisioterapia

Existe evidencia de la eficacia de la reeducación de los músculos del suelo pélvico (RMSP) para la IUU e IUM (*nivel 1*), aunque no está claramente establecido el tipo de rehabilitación que se debe realizar en estas pacientes. Con la electroestimulación se consiguen mejores resultados que con el placebo.

Reeducación vesical

Incluye todas las pautas de control de la micción que tienen por objeto la educación de los hábitos miccionales y la recuperación del control.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos empleados para tratar la IUU/VH tienen como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. La contracción vesical se produce como consecuencia de la activación del sistema nervioso parasimpático, cuyos receptores son muscarínicos y se activan mediante la acetilcolina. Por este motivo, el tratamiento se basa en el bloqueo de dichos receptores mediante fármacos antimuscarínicos-anticolinérgicos (oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina, solifenacina, fesoterodina).

Tratamiento de la atrofia urogenital

Las mujeres menopáusicas con síntomas de VH pueden notar una mejoría de sus síntomas urinarios al tratar el componente de atrofia urogenital. (*evidencia nivel 2*). Es recomendable el tratamiento adyuvante con estrógenos vaginales en las mujeres con VH o IUU (*grado de recomendación C*).

Tratamiento de la incontinencia urinaria mixta

Comenzaremos tratando inicialmente el componente que predomine. El tratamiento inicial de la IUM con predomi-

nio del componente de urgencia debe ser conservador y farmacológico con la combinación de anticolinérgicos y reeducación vesical. La RMSP puede mejorar la respuesta al tratamiento. Si tras el tratamiento de la IUM remite el componente de urgencia y persiste el de esfuerzo, debe tratarse según el protocolo de IUE. En la IUM con predominio del componente de esfuerzo puede plantearse de entrada el tratamiento de la IUE. El tratamiento quirúrgico de estos casos puede mejorar la clínica de urgencia.

Seguimiento

Las pacientes diagnosticadas de IUU/VH en las que se instaura un tratamiento farmacológico y de reeducación vesical deben ser evaluadas a los 3-6 meses. El objetivo es analizar la eficacia en el control de los síntomas y la tolerancia. La eficacia se ha de medir con instrumentos validados de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento. En caso de mejoría se debe seguir con la disciplina miccional y reducir progresivamente el tratamiento farmacológico.

Tuberculosis. Manejo de contactos

Julio Leopoldo Zamarrón Moreno

Especialista en Medicina Familiar, Microbiología y Parasitología, Médico Titular de Basardilla, Centro de Salud Segovia Rural, Segovia, España

Breve recuerdo de tuberculosis

- Historia, estado actual a nivel mundial y nacional.
- Agente causal.
- Epidemiología.
- Diagnóstico.
- Despistaje.
- Fármacos antituberculosos.
- Tratamiento: infección.
- Enfermedad: tratamiento directamente observado.
- Control de la tuberculosis.

Encuesta epidemiológica

- Definición de caso, caso índice, contactos, etc.
- Cuestionarios.

Taller

- Resolución de casos:
 - En establecimiento sociosanitario.
 - En el ámbito familiar.