

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 19, número 2, mayo-diciembre 2018

Editorial

- 121 Deseos para el año nuevo del médico de familia andaluz: siempre al lado y del lado del paciente

El espacio del usuario

- 123 Una valoración de la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria en Andalucía

Originales

- 125 Conocimientos sobre celiaquía de los médicos de Atención Primaria de Jaén
141 Cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social

Repasando en AP

- 151 Terapia de la incontinencia urinaria - vejiga hiperactiva

Artículos de revisión

- 160 Consentimiento Informado y Planificación Anticipada de Decisiones. A propósito de un paciente oncológico terminal mal informado

Sin bibliografía

- 170 Cefalea holocraneal en el puerperio: a propósito de un caso
173 Love Drug: cuando la diversión se convierte en fatalidad

Artículos especiales

- 175 Intervenciones no farmacológicas en el cuidador informal del paciente oncológico por el personal sanitario

Cartas al director

- 180 Linfadenitis histiocítica necrotizante o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto
182 Abordaje multidisciplinar en quemadura de miembros inferiores en edad infantil

¿Cuál es su diagnóstico?

- 188 Neumomediastino tras consumo de éxtasis en paciente joven

191 Publicaciones de interés

- 192 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

193 Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

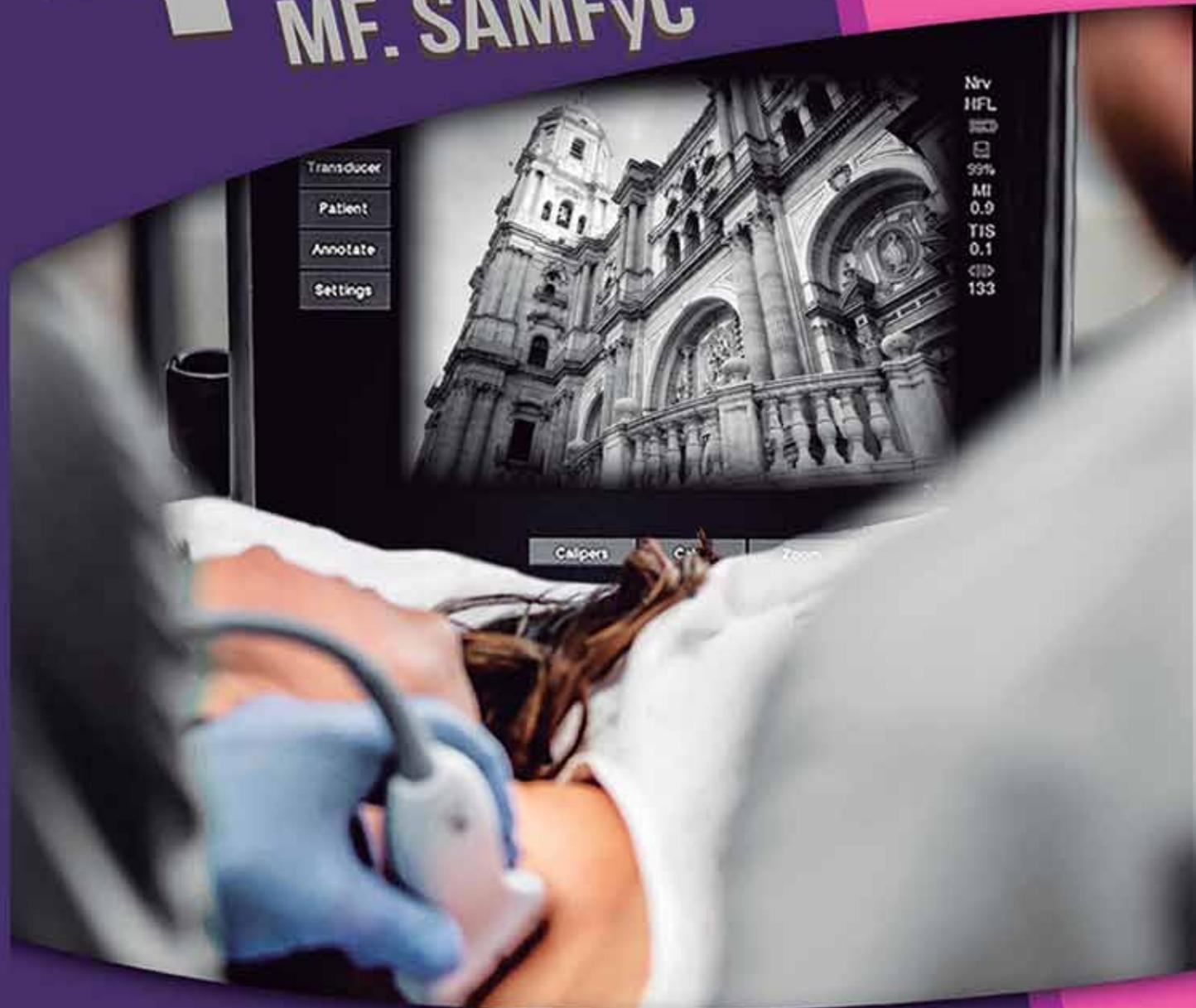
- 194 Neumomediastino tras consumo de éxtasis en paciente joven

196 Información para los autores



4^{AS} JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFyC

Hotel Sallés
Málaga Centro
11 de mayo



MÁLAGA 2019

<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com

acm andaluzas de
congresos médicos
Asociación de Cirujanos 536 13060 Granada Tfno/Fax: 958 522 208
www.asociacioncirujanosandaluz.com | info@asociacioncirujanosandaluz.com



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombos

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocales de Residentes

Asumpta Ruiz Aranda

Juan Manuel Morales Moreno

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

M^a. Pilar Delgado Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

natera38@gmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Pablo García Sardón

pgsardon@gmail.com

Vocal provincial de Jaén:

Francisco Tomás Pérez Durillo

ft_perez@yahoo.com

Vocal provincial de Málaga:

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

martycienfuegos@hotmail.com

Vocal provincial de Granada:

Ignacio Merino de Haro

merinoharo@hotmail.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcántara Bellón. *Sevilla*
José Manuel Aranda Regules. *Málaga*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Luciano Barrios Blasco. *Córdoba*
Pilar Barroso García. *Almería*
Pablo Bonal Pitz. *Sevilla*
M^a Angeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*
Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *Almería*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile*
Cesar Brandt. *Venezuela*
Javier Domínguez del Olmo. *México*
Irma Guajardo Fernández. *Chile*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal*
Rubén Roa. *Argentina*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:
<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. +34 958 80 42 01
Fax +34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Impresión La Ideal

Printed in Spain



sumario

Editorial

- 121 Deseos para el año nuevo del médico de familia andaluz: siempre al lado y del lado del paciente

El espacio del usuario

- 123 Una valoración de la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria en Andalucía

Originales

- 125 Conocimientos sobre celiaquía de los médicos de Atención Primaria de Jaén
141 Cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social

Repasando en AP

- 151 Terapia de la incontinencia urinaria - vejiga hiperactiva

Artículos de revisión

- 160 Consentimiento Informado y Planificación Anticipada de Decisiones. A propósito de un paciente oncológico terminal mal informado

Sin bibliografía

- 170 Cefalea holocraneal en el puerperio: a propósito de un caso
173 Love Drug: cuando la diversión se convierte en fatalidad

Artículos especiales

- 175 Intervenciones no farmacológicas en el cuidador informal del paciente oncológico por el personal sanitario

Cartas al director

- 180 Linfadenitis histiocítica necrotizante o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto
182 Abordaje multidisciplinar en quemadura de miembros inferiores en edad infantil

¿Cuál es su diagnóstico?

- 188 Neumomediastino tras consumo de éxtasis en paciente joven

191 Publicaciones de interés

- 192 Micropíldora de conocimiento @pontealdíaAP

193 Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 194 Neumomediastino tras consumo de éxtasis en paciente joven

196 Información para los autores



contents

- Editorial**
- 121 The Andalusian family doctor's wishes for the year ahead: always by the side and on the side of the patient
- The Consumer's Corner**
- 123 An assessment of the strategy for renewing Primary Health Care in Andalusia
- Original Articles**
- 125 Knowledge of celiac disease amongst primary care physicians in Jaen
- 141 Coverage of the family planning programme after voluntary termination of pregnancy and its relation to the risk of social exclusion
- Reviewing in Primary Care**
- 151 Therapy for urinary incontinency - overactive bladder
- Review Articles**
- 160 Informed Consent and Advance Care Planning: regarding a misinformed terminally ill cancer patient
- No bibliography**
- 170 Holocranial headache post-partum: regarding one case
- 173 Love Drug: when joy turns fatal
- Special Articles**
- 175 Non pharmacological interventions by healthcare staff in the informal caregiver of patients with cancer
- Letters to the Editor**
- 180 Histiocytic necrotizing lymphadenitis or Kikuchi-Fujimoto disease
- 182 A multidisciplinary approach to burn injuries of the lower limb in childhood
- Which is your diagnosis?**
- 188 Pneumomediastinum in a young male patient following ecstasy intake
- 191 **Publications of interest**
- 192 **Knowledge pills @pontealdiaAP**
- 193 **Scientific activities**
- Comments on Which is your diagnosis**
- 194 Pneumomediastinum in a young male patient following ecstasy intake
- 196 **Information for authors**

Deseos para el año nuevo del médico de familia andaluz: siempre al lado y del lado del paciente

Pérez Milena A
Presidente SAMFyC

Los médicos de familia de Andalucía compartimos con el resto de nuestros compañeros de toda España la ilusión por el trabajo bien hecho, la pasión por la innovación, el sentido de longitudinalidad y accesibilidad, y la visión de una atención integral e integrada. Lamentablemente también compartimos un **sentimiento de insatisfacción** preocupante que ha ido creciendo, no solo en tiempos de crisis. Este nexo común se origina en **la pérdida de autonomía y recursos (fundamentalmente tiempo)** para ayudar y defender a todas las personas que nos solicitan ayuda. La motivación intrínseca de los profesionales de la salud ya no es suficiente para paliar las deficiencias en gestión y presupuesto que sufre la Atención Primaria. Pese a todo, los médicos de familia andaluces estamos siempre al lado y del lado de nuestros pacientes.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria se gestó en la petición unánime de mejoras profesionales, y así ha seguido independientemente de ideologías políticas o de momentos estratégicos. Desde ese inicio y hasta la fecha presente, semFYC/SAMFyC ha estado presente en todos los foros por la Atención Primaria y ha hablado con todos los responsables políticos (del color que fueran) y sociales aunando esfuerzos para mejorar la asistencia prestada y las condiciones laborales de los médicos de familia. En el año 2016, semFYC trabajó activamente en el **"Decálogo de objetivos para una AP de calidad"** dentro del Foro de Médicos de Atención Primaria. Diferentes grupos y entidades se han apoyado en este documento para presentar sus demandas particulares, señal de que se hizo un excelente análisis de las necesidades y soluciones que se precisan en Atención Primaria.

¿Qué ha pasado en Andalucía durante las casi dos décadas del presente siglo? Veamos punto por punto del decálogo lo que hay y lo que falta:

1. Incremento del presupuesto hasta un 20% y adecuación de las plantillas de profesionales a la realidad sociodemográfica a atender.

En Andalucía, la "Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria" señala la necesidad de un aumento presupuestario en Atención Primaria. En cambio, hemos sufrido una cuantiosa y progresiva reducción de los recursos más pronunciada que el ámbito hospitalario. Por otro lado, los médicos de familia "de a pie" aún no tenemos información sobre la carga de morbilidad de la población atendida, siendo remunerados aún por el indicador TAE (tarjeta sanitaria individual ajustada por edad), algo que puede producir importantes asimetrías.

2. Liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico.

Los médicos de familia llevamos atendiendo décadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas: no es algo nuevo. Sí se precisa una reorientación de los servicios de salud hacia los pacientes pluripatológicos y eso significa mayor tiempo en su atención, mayor colaboración por parte de enfermería y un liderazgo para dirigir las acciones que se produzcan en el ámbito hospitalario. Escribir un plan de acción personalizado sin esos requisitos nos aventura a generar más burocracia pero no salud para la población.

3. Liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de recursos.

El médico de familia que está en consulta no se siente invitado a participar activamente en la gestión estratégica de la Atención Primaria. Desde SAMFyC hemos defendido la existencia de los acuerdos de gestión clínica como elemento contractual entre un sistema sanitario y los profesionales que lo conforman. En cambio, hemos criticado la elección arbitraria de objetivos, sus cambios no justificados y la ausencia de validez de muchos indicadores. De igual forma, se echa en falta la existencia de unas estructuras de participación en los procesos de selección del personal directivo de los centros de salud, favoreciendo la profesionalización de la gestión y no la designación directa.

4. Acceso al catálogo completo de pruebas complementarias.

El catálogo de pruebas diagnósticas en Atención Primaria, resultado de un magnífico trabajo realizado por médicos de familia andaluces, no ha mejorado la disponibilidad de estas pruebas sigue siendo heterogénea y pobre, incluso nula en muchas zonas básicas.

5. Entorno profesional y laboral atractivo.

Desde hace más de 15 años oímos el mantra “no hay médicos” siempre que se ha necesitado un profesional para cubrir un cupo. Ahora puede ser verdad, pero habrá que preguntarse cuánto tienen que ver con este problema actual la precariedad laboral con pésimos contratos, el no reconocimiento de la dificultad y/o aislamiento de algunos puestos laborales y la baja remuneración del médico de familia andaluz frente a sus compañeros del resto de España.

6. Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad.

En Andalucía la historia clínica y la receta XXI han permitido la estandarización de documentos asistenciales y facilitado el acceso a una información completa sobre el paciente. Pero ello no ha sido sinónimo de incremento del tiempo de atención. Los médicos de familia no podemos aún realizar una gestión autónoma y personalizada de nuestra agenda. Más tiempo por paciente es más salud para la población y menos gasto de recursos sanitarios, desterremos las agendas a demanda sin tiempo.

7. Gestión de la Incapacidad Temporal con un diseño basado en criterios clínicos.

El nuevo diseño informático de la incapacidad temporal y su adecuación a los tiempos de revisión que la legislación vigente propone suponen una ayuda en consulta. Falta que se haga extensiva a todos los niveles asistenciales, no toda la burocracia corresponde a Atención Primaria.

8. La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales.

La receta XXI ha supuesto un gran avance pero debe existir reciprocidad en el ámbito hospitalario: iguales objetivos de calidad y consumo en farmacia, así como asunción total de las tareas que les competen en la atención a los pacientes (emisión de recetas, informes, revisiones en tiempo adecuado, etc.).

9. Creación de un área de competencias en Medicina de Familia en la formación de pregrado.

Andalucía cuenta con un área de competencias específicas para nuestra especialidad dentro de la docencia universitaria, pero la Medicina de Familia sigue siendo un elemento testimonial en unas facultades que forman a los nuevos médicos hacia lo específico en vez de hacia la troncalidad.

10. Facilitar el acceso a las actividades formativas e investigadoras.

En Andalucía contamos con unas becas específicas no competitivas para Atención Primaria y fundaciones que ayudan a los profesionales en la gestión de los proyectos. Sin embargo, investigar o formarse supone invertir tiempo libre, sin discriminación positiva para quién realiza estas tareas ni reflejo real en los objetivos, centrados en lo asistencial.

No todo es blanco o negro en la Atención Primaria andaluza y española. Hay algunos cambios pero también tenemos importantes carencias, algunas de las cuales han empeorado en los últimos años generando insatisfacción. Esta insatisfacción debe ser cuidadosamente valorada y tenida en cuenta por las administraciones públicas, sea cual sea su signo político, y por la sociedad de la que nos consideramos servidores. Porque, pese a la insatisfacción, los médicos de familia no hemos bajado los brazos y seguimos atendiendo a nuestros pacientes con elevada profesionalidad pese a los escasos recursos que se nos facilitan.

EL ESPACIO DEL USUARIO

Una valoración de la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria en Andalucía

Moya García I

Departamento Jurídico FACUA Andalucía

En los últimos años la atención primaria viene sufriendo una progresiva pérdida de peso dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Si bien en los años ochenta experimentó un gran desarrollo convirtiéndose en una pieza clave de nuestro sistema sanitario, que hasta entonces se centraba en el nivel hospitalario, a día de hoy requiere de un nuevo impulso para recuperar el papel que le corresponde dentro del sistema sanitario público.

La Atención Primaria en Andalucía, presenta diferentes problemas como una financiación insuficiente, dificultad en el acceso a determinados medios diagnósticos, cierto desprestigio de la especialidad, empeoramiento de las condiciones laborales del personal facultativo, cupos excesivos, tiempo de atención al paciente insuficiente, no se cubren las plazas vacantes... Todo ello ha provocado una falta de motivación en el personal sanitario que la atiende y un descontento en los usuarios del sistema público de salud.

Asimismo, al proceso de decadencia señalado se añade que el modelo de atención primaria actual no da respuesta a las necesidades de una sociedad en la que se han producido cambios, y donde la tipología actual de los pacientes se caracteriza por la cronicidad y la pluripatología.

En este panorama, y para abordar estos problemas, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cuenta con un documento denominado *Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria*, donde se recogen una serie de medidas e intervenciones para cumplir dicho objetivo.

Desde nuestro punto de vista, y atendiendo a las necesidades de la ciudadanía como usuario de un servicio público que demanda un servicio de calidad, eficaz y con recursos suficientes, compartimos el objetivo final de dicha estrategia, que no es otro que potenciar y fortalecer la Atención Primaria dentro del Sistema Andaluz de Salud.

Sin embargo, en el proceso de elaboración de la estrategia analizada, la Consejería de Salud ha obviado la participación ciudadana, limitándola, al parecer, a profesionales y sociedades científicas. Ha dejado fuera a las organizaciones de consumidores y usuarios y se ha desviado del camino iniciado en el año 2002 con la firma del Pacto para el desarrollo de la Atención Primaria.

Desde entonces se ha venido produciendo un paulatino abandono por parte de la Consejería de Salud de la participación social como instrumento clave para la definición, seguimiento y control de las políticas públicas sanitarias, perdiendo la oportunidad de abordar el cambio y la mejora desde el consenso con todos los agentes implicados en la misma.

Atendiendo al contenido de la estrategia, la mayoría de sus medidas se dirigen a un cambio organizativo y funcional para mejorar las condiciones laborales del personal y la asistencia a los usuarios. Así, se recogen medidas como la reasignación de la ratio, un trato más personalizado a los pacientes, establecer una fórmula aceptable de cobertura de los permisos y licencias y libranzas de guardia, entre otras.

De esta forma, se pretende que haya mejoras en la estabilidad de la relación entre equipo básico y

paciente-usuario del sistema, recuperar el equipo básico médico-enfermero de familia como unidad funcional, una mejora en los medios de trabajo por medio de la implantación de las nuevas tecnologías para la recopilación y accesibilidad de la información de los pacientes y la revisión del Plan de Urgencias de Atención Primaria.

Sin embargo, echamos en falta medidas dirigidas a la revisión y actualización de ratios más exigentes (no solo reasignación) y al mantenimiento y adaptación de los centros en términos de accesibilidad, que comprenda no solo accesibilidad física sino también funcional y de recursos para el conjunto de la población, instrumentos médicos y pruebas diagnósticas.

No cabe duda de que la implantación de todas ellas redundaría en una mejor atención y, evidentemente, merecen una valoración positiva, pero requiere tanto de recursos personales como económicos para una efectividad real.

Andalucía es la comunidad autónoma que menos recursos destina por habitante a la atención

primaria. Si realmente se busca dar un impulso a este nivel básico, debe destinarse una mayor inversión que no se consigue sólo a través de la redistribución presupuestaria, sino con un incremento del gasto en atención primaria, dentro de los presupuestos generales de la Comunidad y haciendo una verdadera apuesta por la sanidad pública.

Por último, en cuanto a la planificación en la ejecución de las medidas de la Estrategia, no se ha establecido un horizonte temporal para poner en marcha las acciones y no se prevé un mecanismo de evaluación participado por la ciudadanía y las organizaciones de consumidores y usuarios para conocer el grado de cumplimiento e implantación.

La defensa de la sanidad pública y la mejora de la salud de la población exigen mayores esfuerzos para conseguir el objetivo perseguido, apostando por una atención primaria de calidad que satisfaga tanto las expectativas de los usuarios como de los profesionales sanitarios.

ORIGINAL

Conocimientos sobre celiacía de los médicos de Atención Primaria de Jaén

Sánchez Palomeque A¹, Ballesteros García L²,
Rodríguez Escudero J³, Lara Serrano JJ⁴,
Rosa Garrido C⁵

¹ Especialista en medicina familiar y comunitaria. UGC "Virgen de la Cabeza" Andújar (Jaén). España

² Especialista en medicina preventiva y salud pública, Hospital "Alto Guadalquivir". Andújar (Jaén). España

³ Especialista en medicina familiar y comunitaria. Consultorio Linares-Baeza. UGC "Los Marqueses". Linares (Jaén). España

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de cuidados críticos de urgencias. Jauja (Córdoba). España

⁵ Técnico de apoyo en metodología y estadística Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO). Jaén. España

CORRESPONDENCIA

Ana Sánchez Palomeque

E-mail: ana.sanchez.palomeque.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 27-12-2017; aceptado para publicación el 15-05-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 125-140

PALABRAS CLAVE

Celiacía; Diagnóstico; Grupos de riesgo; Médicos de familia; Pediatras; Conocimiento.

RESUMEN

Título: Conocimientos sobre celiacía de los médicos de Atención Primaria de Jaén.

Objetivo: Analizar conocimientos de médicos de Atención Primaria de Jaén sobre celiacía.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros de Atención Primaria de Jaén.

Población y muestra: Médicos de Atención Primaria de Jaén.

Intervenciones: Encuesta anónima ad-hoc.

Resultados: El 87.65% de los encuestados la definen como intolerancia al gluten, 24.7% intolerancia al gluten autoinmune. El 29.63% consideran grupo de riesgo a familiares. Los pediatras tienen mayor número de aciertos globales. Tienen mayores puntuaciones los médicos de 20-30 años, y los de menos años de práctica clínica. Para diagnosticarla, el 72.84% pediría anticuerpos anti-transglutaminasa a mayores de 2 años, el 68.15% a menores de 2 años. El 49.38% pediría anticuerpos antigliadina a menores de 2 años. Consideran imprescindible la biopsia intestinal en menores de 2 años el 22.72%.

Conclusiones: La celiacía es una enfermedad muy desconocida por los médicos de Atención Primaria de Jaén. Sólo la cuarta parte de los encuestados la definen como enfermedad autoinmune desencadenada tras ingerir gluten. Muchos síntomas y grupos de riesgo no son reconocidos como tales. El anticuerpo anti-transglutaminasa en sangre sí es relacionado con el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad, pero muchos médicos desconocen que puede ser negativo en menores de 2 años, por lo que es imprescindible pedir también el anticuerpo antigliadina en sangre. Creemos que este desconocimiento puede ser una de las causas del infradiagnóstico de la enfermedad.

KEYWORDS

Celiac disease; Diagnosis; At-risk group; Physicians; Paediatricians; Knowledge.

ABSTRACT

Title: Knowledge of celiac disease amongst primary care physicians in Jaén.

Aim: To assess knowledge of celiac disease amongst primary care physicians in Jaén.

Design: A cross-sectional, descriptive study

Setting: Primary health care centres from Jaén.

Population and sample: Primary health care physicians from Jaén.

Interventions: An anonymous ad-hoc survey.

Results: 87.65% of respondents define celiac disease as gluten intolerance, 24.7% as autoimmune gluten intolerance. 29.63% consider relatives to be an at-risk group. Paediatricians have greater overall score. 20-30 year-old physicians have greater scores and so do those with less years of clinical practice. For diagnostic purposes, 72.84% of the doctors would request anti-tissue transglutaminase antibody testing in patients over 2 years old, 68.15% in those under 2. 49.38% would look for antigliadin antibodies in children under 2 years old. 22.72% consider the intestinal biopsy an essential in those under 2.

Conclusions: There is a great lack of knowledge of celiac disease amongst primary health care physicians in Jaén. Only a quarter of the respondents define this disorder as an autoimmune disease triggered after eating gluten. Many of the symptoms and at-risk groups are not recognised as such. The presence of anti-tissue transglutaminase antibodies in blood is related to the diagnosis and the monitoring of the disease, however, many physicians are not aware that it can lead to a false-negative in children under 2 years old and, therefore, it is essential they also request an antigliadin antibody blood test. We believe that this lack of awareness may be one of the reasons for the underdiagnosis of the disease.

INTRODUCCIÓN

La celiaquía es un trastorno sistémico mediado inmunológicamente, provocado tras la ingesta de gluten y prolaminas relacionadas, en personas con predisposición genética (principalmente HLA DQ2 y DQ8)^{1,2}.

El gluten es una proteína estructural presente en la harina de trigo, cebada, avena y centeno.

La celiaquía no es la única respuesta patológica a la ingesta de gluten, pudiéndose presentar intolerancia al gluten no celíaca, sensibilidad al gluten o alergia al gluten^{2,3}.

En los últimos años, se ha objetivado una prevalencia de celiaquía de 1:100, con un rango entre 0.5-1.26%, al incluir en los estudios el despistaje en población sana asintomática. Existen muchos casos sin diagnosticar; se estima que por cada caso diagnosticado hay entre 5 y 10 sin diagnosticar⁴.

Pudiendo ser asintomática, las manifestaciones son muy inespecíficas: diarrea, estreñimiento, anorexia, retraso de la menarquia, irregulares menstruales, abortos de repetición, cefalea, aftas orales de repetición, neuropatía periférica, hipertransaminasemia, osteopenia, anemia ferropénica, hipoproteinemia, déficit de ácido fólico y vitamina B12^{1,2}.

Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes. Dicha asociación parece ser mayor con DM tipo I, déficit de IgA, tiroiditis autoinmune, hepatitis crónica autoinmune o anemia hemolítica autoinmune. Son también grupo de riesgo para desarrollar la enfermedad familiares de pacientes celíacos o personas con síndrome de Down. La dermatitis herpetiforme se considera la celiaquía de la piel².

Algunas de las complicaciones están en relación con el retraso diagnóstico, siendo posibles complicaciones la detención del crecimiento, la crisis celíaca, síndromes linfoproliferativos, linfoma no Hodgkin y carcinomas digestivos (faringe, esófago, estómago y recto). Se cree que a los 5 años de dieta sin gluten el riesgo de estas complicaciones se equipara a la prevalencia de dichas enfermedades en población general. Hasta el momento, la dieta sin gluten es el único tratamiento efectivo².

A pesar de su elevada prevalencia, es aún una enfermedad muy desconocida, incluso entre los profesionales sanitarios. La variabilidad de síntomas, y el hecho de que con frecuencia sea asintomática, puede ser una de las razones del infradiagnóstico. Nos preguntamos si los médicos de Atención Primaria sabemos diagnosticar esta enfermedad, siendo el objetivo de este estudio determinar el nivel de conocimientos que los médicos de Atención Primaria de Jaén tienen sobre la celiacía.

La prevalencia de la enfermedad, las potenciales y graves complicaciones si el diagnóstico es tardío, el fácil acceso de los médicos de Atención Primaria a las pruebas diagnósticas serológicas, y el hecho de que la Atención Primaria sea la puerta de entrada de nuestro sistema sanitario, hacen que sea fundamental que los médicos de Atención Primaria sepamos diagnosticarla.

SUJETOS Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo transversal sobre los conocimientos en celiacía de los médicos de Atención Primaria (AP) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de la provincia de Jaén.

Para la evaluación de los conocimientos hemos utilizado una encuesta anónima no validada, sino creada ad-hoc para el trabajo, llevándose a cabo un pilotaje con las 10 primeras encuestas realizadas para evaluar su comprensión. Tras este pilotaje se decidió añadir el perfil profesional al cuestionario. Las encuestas se han recogido entre Mayo de 2015 y Junio de 2016.

La población de estudio son los médicos de AP que trabajan en el SAS, en la provincia de Jaén (médicos de familia, médicos generales, pediatras y residentes de medicina de familia) que voluntariamente han contestado la encuesta anónima.

Los centros de AP del SAS en Jaén están integrados en 2 áreas sanitarias, Jaén- Jaén Sur y Jaén Norte- Jaén Nordeste. A su vez, cada área está dividida en varias zonas básicas de salud, que integran centros de salud, consultorios y consultorios auxiliares.

En Jaén trabajamos, a fecha de Junio de 2016, 577 médicos. De estos, 111 son residentes de

Medicina Familiar y Comunitaria (29 de primer año, 26 de segundo año, 24 de tercer año y 32 de cuarto año).

En el estudio no se ha llevado a cabo una estimación del tamaño de muestra ya que el estudio tiene carácter censal. Del total de profesionales de Atención Primaria que se encontraban trabajando durante el desarrollo del trabajo de campo contestaron al cuestionario 405, lo que supone un 70,2% de participación. Esta muestra obtenida se corresponde con una precisión del 2,43% en la estimación de las proporciones, por lo que se considera que la muestra es suficiente para dar respuesta a los objetivos del estudio.

La variable principal del estudio es el grado de conocimiento de la enfermedad celíaca medida como una puntuación numérica. El resto de variables del estudio están reflejadas en la encuesta del anexo 1, donde pueden comprobarse las clasificaciones consideradas.

El método de recogida de las encuestas se ha adecuado a las circunstancias de cada centro. Hemos contactado con los responsables de todas las zonas básicas de salud de la provincia, y con la Unidad Docente de MFyC de Jaén.

En algunos casos, un miembro del equipo investigador ha ido personalmente a la reunión del equipo, repartiendo y recogiendo las encuestas antes de impartir una sesión formativa sobre el tema. En otros casos, hemos entregado las encuestas a los colaboradores un día, y las hemos recogido rellenas unos días después. A las zonas básicas más alejadas enviamos por correo electrónico el cuestionario, devolviéndonoslo relleno posteriormente por correo postal corporativo, y en 2 casos, por correo electrónico.

Para los análisis estadísticos se usó SPSS v21. Para determinar las diferencias de proporciones entre grupos se calculó el test Chi-cuadrado. Y para estudiar las diferencias de las puntuaciones se usaron los test no paramétricos U-Mann Whitney y el test Kruskal Wallis por falta de normalidad, que fue estudiado con el test de Kolmogorov Smirnov. Se ha considerado significativo un valor $\alpha=0.05$.

El cuestionario consta de 16 preguntas de respuesta cerrada (anexo 1). De la 1 a la 4, datos

demográficos. De la 5 a la 8, preguntas generales sobre molestias abdominales en consulta. Desde la 9 hasta la 16, específicas sobre celiacía (definición, prevalencia, grupos de riesgo, síntomas, diagnóstico y seguimiento). Las preguntas 9 y de la 11 a la 16 admiten más de una respuesta. A las respuestas de este último bloque se les asignó un valor, -1, 1 ó 2 según corresponda. En el anexo se puede ver el valor asignado a cada respuesta. En las preguntas que admiten más de 1 respuesta, los porcentajes suman más del 100%.

Aspectos éticos de la investigación

Al tratarse de una encuesta anónima se solicitó al Comité de Ética de Investigación de la provincia Jaén que eximiera al equipo investigador de solicitar a los participantes su consentimiento informado, ya que se considera que se perdería el

anonimato. El Comité de Ética de la Investigación de Jaén emitió Informe Favorable en la reunión del día 26 de Noviembre de 2015. Todos los sujetos fueron informados e invitados a participar voluntariamente y se siguieron los principios de la declaración de Helsinki y de la LOPD.

RESULTADOS

El porcentaje de participación ha sido del 70.19%. A continuación, se presentan las características sociodemográficas de la población encuestada:

(TABLA 1)

La distribución de los perfiles profesionales encuestados en ambas áreas no difieren significativamente ($p=0,293$).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población encuestada

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	194	47,90
	Mujer	210	51,85
	Perdido	1	0,25
Edad	20-30 años	49	12,10
	31-40 años	59	14,57
	41-50 años	73	18,02
	51-60 años	195	48,15
	Más de 61 años	28	6,91
	Perdidos	1	0,25
Perfil profesional	Médico de familia	171	42,22
	Médico general	50	12,35
	Pediatra	17	4,20
	Residente	26	6,42
	Perdidos	141	34,81
Años de práctica clínica	Menos 5 años	60	14,81
	De 5 a 10 años	39	9,63
	De 10 a 20 años	82	20,25
	Más de 20 años	221	54,57
	Perdidos	3	0,74
Área Sanitaria	Norte	215	53,09
	Sur	190	46,91

El 83% suele pensar en intolerancia alimenticia cuando algún paciente consulta por molestias abdominales; el 81% cuando consultan por gases y alteración del hábito intestinal.

(GRÁFICO 1)

El 62% de los médicos contestan que la prevalencia de la celiacía es del 1%.

A la pregunta “¿Qué es la celiacía?” solo el 24,7% contesta la respuesta completa definiéndola como una intolerancia al gluten y como enfermedad autoinmune.

(GRÁFICO 2)

Respecto a cuáles son los grupos de riesgo para desarrollar la enfermedad, el 29.63% de los

Gráfico 1. ¿Qué es la celiacía?

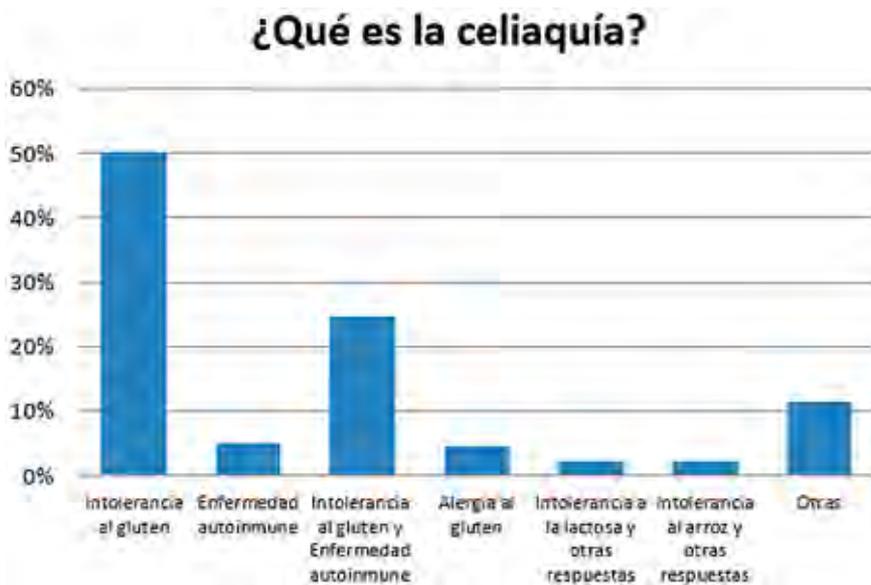


Gráfico 2. ¿Cuál cree que es la prevalencia de la celiacía?



médicos consideran que lo son los familiares de enfermos celíacos. El 2.96% considera que ninguno de estos grupos son de riesgo para padecer la enfermedad celíaca.

(GRÁFICO 3)

No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los profesionales de las dos áreas sanitarias, ni según el sexo del profesional.

Como puede verse en la tabla 4, todos los síntomas recogidos en el cuestionario son posibles síntomas de la enfermedad. En el gráfico número 1 se recogen las respuestas a la pregunta “De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiaquía?”. Frente al 88.89% que relacionan la diarrea crónica, la pérdida de peso (86.67%), el dolor abdominal (86.67%) y problemas digestivos, como síntomas posibles de la enfermedad, sólo alrededor del 32% lo relacionan con la infertilidad y los abortos de repetición.

(GRÁFICO 4)

Respecto a las manifestaciones dérmicas de la enfermedad, el 25.19% la relacionan con la der-

matitis herpetiforme, el 20% con la estomatitis aftosa recidivante.

(GRÁFICO 5)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de conocimientos respecto al perfil profesional en 2 aspectos: el nivel global de aciertos de síntomas identificados y la puntuación global de aciertos en el test. Son mayores las puntuaciones obtenidas por los pediatras, tanto en la puntuación global de aciertos como en la identificación de síntomas (tabla 2).

(TABLA 2)

Al analizar el nivel de conocimientos según edad, se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones en las preguntas referentes a los grupos de riesgo y en las pruebas de seguimiento, siendo las puntuaciones mayores en los médicos de entre 20-30 años.

También se detectan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos de los encuestados según sus años de práctica clínica en las preguntas sobre los grupos de riesgo, manifestaciones dérmicas y en las pruebas de se-

Gráfico 3. Entre los siguientes, ¿cuál o cuáles cree que son grupos de riesgo para la celiaquía?



guimiento. Se puede comprobar que son mayores las puntuaciones obtenidas por los médicos con menos años de práctica clínica.

Respecto a las pruebas diagnósticas, hemos desdoblado en 2, según si el paciente es mayor o menor de 2 años. Las respuestas al cuestionario pueden

Gráfico 4. De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiaquía?

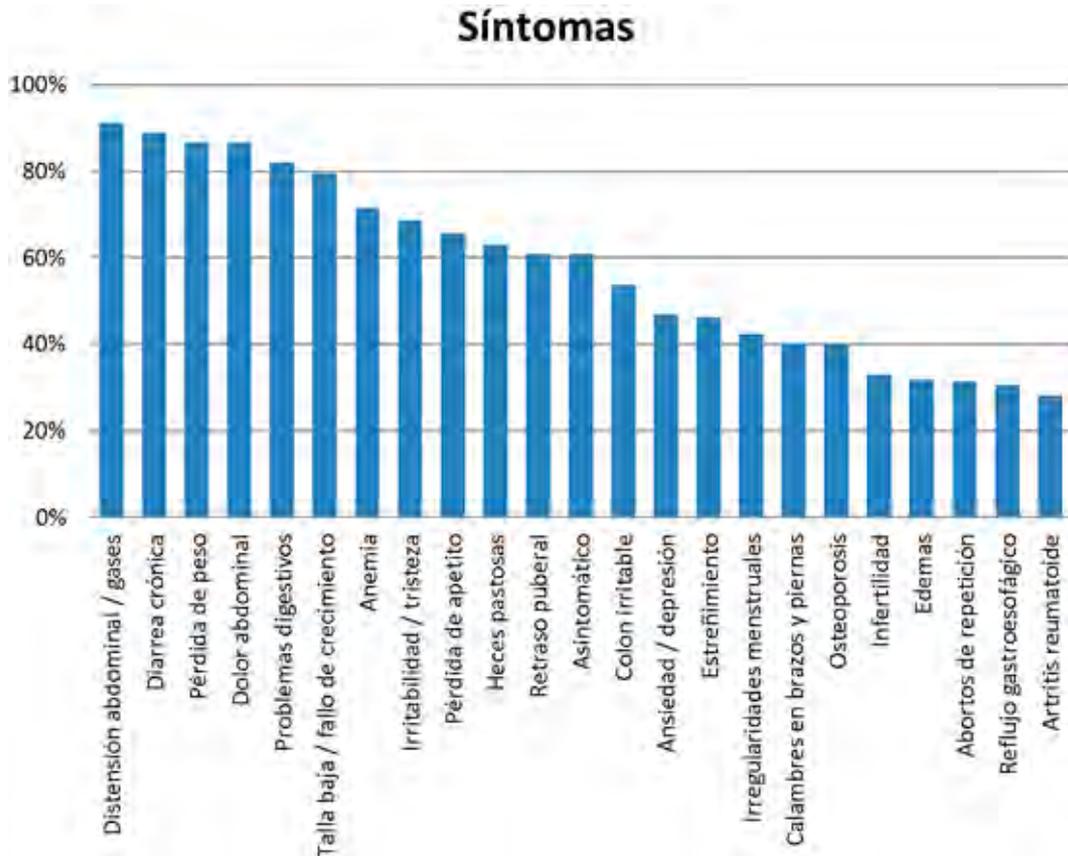


Gráfico 5. ¿Cuáles pueden ser manifestaciones dérmicas de la enfermedad celiaca?

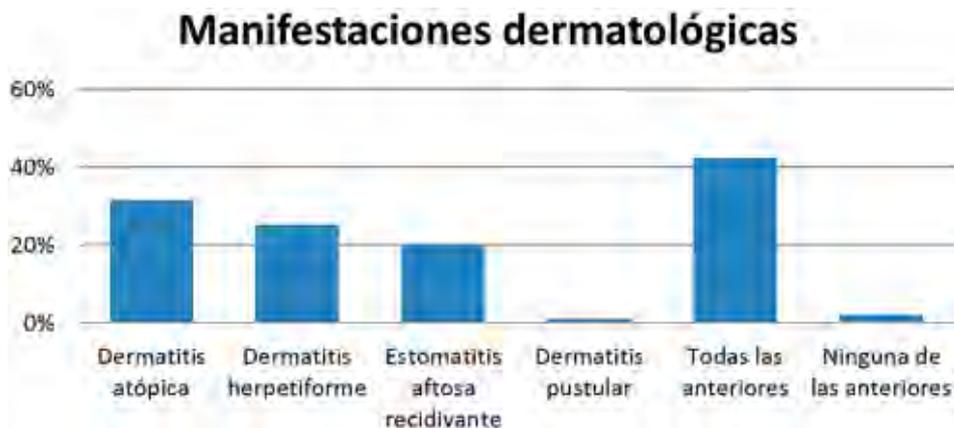


Tabla 2. Comparación del nivel de conocimientos respecto al perfil profesional, la edad y los años de práctica clínica

	Puntuación Síntomas				Puntuación Global								
Perfil Profesional	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor					
Médico de familia	171	19,71	7,476	0,012	171	29,20	8,530	0,001					
Médico general	50	17,94	8,277		50	25,24	8,644						
Pediatra	17	25,00	6,548		17	34,59	6,481						
Residente	26	19,42	6,706		26	29,73	6,334						
	Puntuación Grupos de Riesgo				Puntuación Pruebas seguimiento								
Grupo de Edad	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor					
20-30 años	49	2,04	,351	0,002	49	1,41	1,189	0,013					
31-40 años	59	1,73	,762		59	1,00	1,414						
41-50 años	73	1,81	,700		73	,93	1,427						
51-60 años	195	1,66	,717		195	,88	1,401						
Más de 61 años	28	1,57	,836		28	,25	1,456						
	Puntuación Grupos de Riesgo				Puntuación Manifestaciones				Puntuación Pruebas seguimiento				
Años de Práctica clínica	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor	N	Media	Desv. típ.	p_valor	
Menos 5 años	60	1,97	,367	0,007	60	,38	1,552	0,003	60	1,27	1,287	0,002	
De 5 a 10 años	39	1,59	1,069		39	,23	1,495		39	1,54	1,097		
De 10 a 20 años	82	1,83	,644		82	,09	1,363		82	,85	1,450		
Más de 20 años	221	1,66	,706		221	-,29	1,200		221	,74	1,427		

verse en el gráfico 6. En el apartado de resultados se recoge el algoritmo diagnóstico según la Guía ESPGHAN 2012 (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica)^{10,11}.

(GRÁFICO 6)

El 72.84% pedirían anticuerpos antitransglutaminasa en sangre a los mayores de 2 años, y el 68.15% a los menores de 2 años. El 50.62% pediría anticuerpos antigliadina en sangre a los mayores de 2 años, y el 49.38% a los menores de 2 años.

Consideran imprescindible la biopsia intestinal en mayores de 2 años el 29.38% y el 22.72% en menores de 2 años.

El 52,94% de los pediatras han contestado “Anticuerpos antigliadina en sangre” como una prueba para el diagnóstico en menores de 2 años.

La última pregunta se refiere al seguimiento de los pacientes. El 63.21% solicitarían anticuerpos antitransglutaminasa en sangre, el 47.65% anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa en sangre, el 3.95 % anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa en orina, 16.05% “todas las anteriores”, 13.58% “ninguna de las anteriores”. En la tabla 4 se recoge el protocolo de seguimiento.

(GRÁFICO 7)

Gráfico 6. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía?

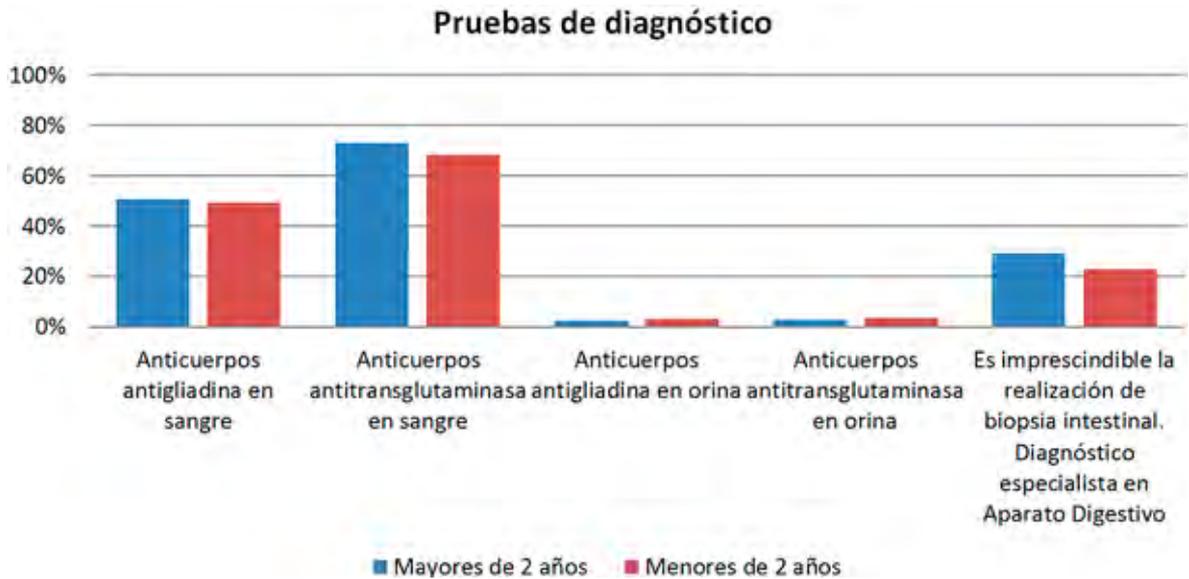


Gráfico 7. ¿Qué pruebas pediría para seguimiento de una dieta exenta de gluten?



DISCUSIÓN

La prevalencia real de la celiacía no se conoce dado el importante infradiagnóstico de la misma. Se trata de una enfermedad autoinmune, habitualmente fácil de diagnosticar, con complicaciones potencialmente muy graves si se retrasa

el diagnóstico. Con este estudio, pretendemos despertar el interés de nuestros compañeros por la enfermedad. Vamos a desarrollar las conclusiones más importantes a las que hemos llegado.

La primera de todas es que es una enfermedad muy desconocida aún por los médicos de Aten-

ción Primaria de nuestra provincia, a pesar de que más de la mitad consideran que la prevalencia de la enfermedad es del 1%, lo cual no es nada desdeñable. Sólo 100 de los 405 médicos que han respondido el cuestionario han definido correctamente la enfermedad como intolerancia al gluten de base autoinmune. Se confunde lo que es alergia con lo que es intolerancia, que pueden o no ir unidas.

En nuestro análisis, hemos constatado que los profesionales que dicen haber diagnosticado algún caso de intolerancia alimenticia, los que suelen pensar en dichas intolerancias cuando un paciente consulta por molestias abdominales, gases y alteraciones del hábito intestinal han obtenido mejores puntuaciones en el test. Aunque a priori cabe pensar que va a ser así, queremos destacar que es estadísticamente significativa esta relación.

Son grupos de riesgo para desarrollar la celiaquía todos los recogidos en el cuestionario (tabla 3). Si bien puede ser más difícil relacionar la celiaquía con otras enfermedades autoinmunes, nos ha llamado la atención que sólo el 29.63% de los encuestados hayan respondido que los familiares de enfermo celíaco son grupo de riesgo.

(TABLA 3)

Todos los síntomas recogidos en el cuestionario son posibles síntomas de celiaquía. La mayoría relaciona los síntomas digestivos con la celiaquía, pero no los demás síntomas.

(TABLA 4)

Respecto a las manifestaciones dérmicas, todos los pacientes con dermatitis herpetiforme son celíacos². Sólo el 25.19 % de los médicos encuestados la han relacionado con la celiaquía. El 20% la relacionan con la estomatitis aftosa recidivante; no es patognomónico de celiaquía, pero dado que puede haber déficit nutricional, sí que se asocian con frecuencia.

Los pediatras tienen unos conocimientos algo superiores al resto de los compañeros. Creemos que esto puede ser porque hasta hace poco se consideraba que la celiaquía era una enfermedad de diagnóstico en la edad infantil. De hecho, la mayor parte de la bibliografía que hemos encontrado al hacer la revisión está escrita por pediatras, o referida a población pediátrica. Sin embargo, nos llama la atención que sólo el 52,94% de los pediatras han contestado que pediría el anticuerpo anti gliadina a menores de 2 años para diagnosticar la enfermedad. El anticuerpo antitransglutaminasa puede ser negativo en menores de 2 años, de ahí la importancia de pedir el anticuerpo anti gliadina.

Los médicos más jóvenes, y los de menos años de práctica clínica, tienen un mayor conocimiento de la enfermedad. Podría deberse a tener más reciente tanto la carrera como la preparación del examen MIR.

Respecto a si hay diferencia en el nivel de los conocimientos según se trabaje en la capital o fuera, se ha encontrado diferencia significativa en la pregunta referente al seguimiento del paciente. El seguimiento del paciente consiste en pedir anticuerpo antitransglutaminasa una vez al año, una vez que se han normalizado los

Tabla 3. Pacientes pertenecientes a grupos de riesgo^{2,11}

Grupos de riesgo
- Diabetes mellitus tipo 1
- Síndrome de Down
- Enfermedad tiroidea autoinmune
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Williams
- Déficit selectivo de inmunoglobulina tipo A
- Hepatitis autoinmune
- Familiares de primer grado con enfermedad celíaca

Tabla 4. Síntomas y signos de la celiacía²

	Niños	Adolescentes	Adultos
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> -Diarrea -Anorexia -Vómitos -Dolor abdominal -Irritabilidad -Apatía -Tristeza -Laxitud -Introversión -Hipotonía 	<ul style="list-style-type: none"> -Frecuentemente asintomáticos -Dolor abdominal -Cefaleas -Artralgias -Menarquia retrasada -Irregularidades menstruales -Estreñimiento -Hábito intestinal irregular -Disconfort abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispepsia -Diarrea crónica -Dolor abdominal -Síndrome intestino irritable -Vómitos -Estreñimiento -Astenia -Dolores articulares y óseos -Infertilidad -Abortos recurrentes -Parestesias -Tetania -Ansiedad, depresión -Irritabilidad -Epilepsia -Ataxia
Signos y alteraciones analíticas	<ul style="list-style-type: none"> -Malnutrición -Distensión abdominal -Hipotrofia muscular -Retraso pondo-estatural -Ferropenia -Anemia ferropénica -Hipoproteinemia -Hipertransaminasemia 	<ul style="list-style-type: none"> -Aftas orales -Hipoplasia del esmalte -Distensión abdominal -Debilidad muscular -Talla baja -Artritis -Osteopenia -Ferropenia -Anemia ferropénica -Hipertransaminasemia -Queratosis folicular -Pérdida de peso -Alteraciones de la piel y dentición 	<ul style="list-style-type: none"> -Aftas orales -Malnutrición con o sin pérdida de peso -Edemas periféricos -Talla baja -Neuropatía periférica -Miopatía proximal -Ferropenia -Anemia ferropénica -Anemia megaloblástica -Hipertransaminasemia -Hipoesplenismo -Osteopenia -Disminución del tiempo protrombina -Déficit de ácido fólico -Déficit de vitamina B₁₂ -Hipoalbuminemia

anticuerpos. En ambas áreas sanitarias, hasta el momento, tenemos esa prueba en cartera de servicios. Desconocemos la razón que pueda justificar esta diferencia.

Según la Guía ESPGHAN 2012 en niños con clínica compatible, anticuerpos positivos y estudio genético positivo, no es necesario hacer biopsia intestinal. Sí que se suele hacer biopsia a los adultos, y en los casos cuyo diagnóstico es dudoso, independientemente de la edad, o en los pacientes que no responden a la dieta sin gluten⁹. Así, el estudio varía en función de que el paciente esté sintomático o, no teniendo síntomas, pertenezca a uno de los grupos de riesgo, como puede verse a continuación^{2, 10, 11}.

(GRÁFICO 8)

En los pacientes asintomáticos o pertenecientes a grupos de riesgo debe realizarse en primer lugar el estudio genético.

(GRÁFICOS 9 y 10)

Dificultades y limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es la posible falta de respuesta a las encuestas, especialmente en los centros en los que ningún miembro del equipo investigador ha podido estar presente. Con el fin de obtener el mayor número de respuestas el equipo investigador se ha personado en la mayoría de los centros de trabajo, contado con la ayuda de colaboradores en el resto.

Para motivar a los médicos a su participación se les ha informado previamente de la utilidad del estudio, habiéndose impartido, con posterioridad a la encuesta, una sesión clínica formativa sobre celiacía en los centros en los que ha sido posible.

Otra limitación del estudio es que, al haberse contestado por correo electrónico o haber sido

Gráfico 8. Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes con síntomas sugestivos de enfermedad celíaca^{2, 10, 11}

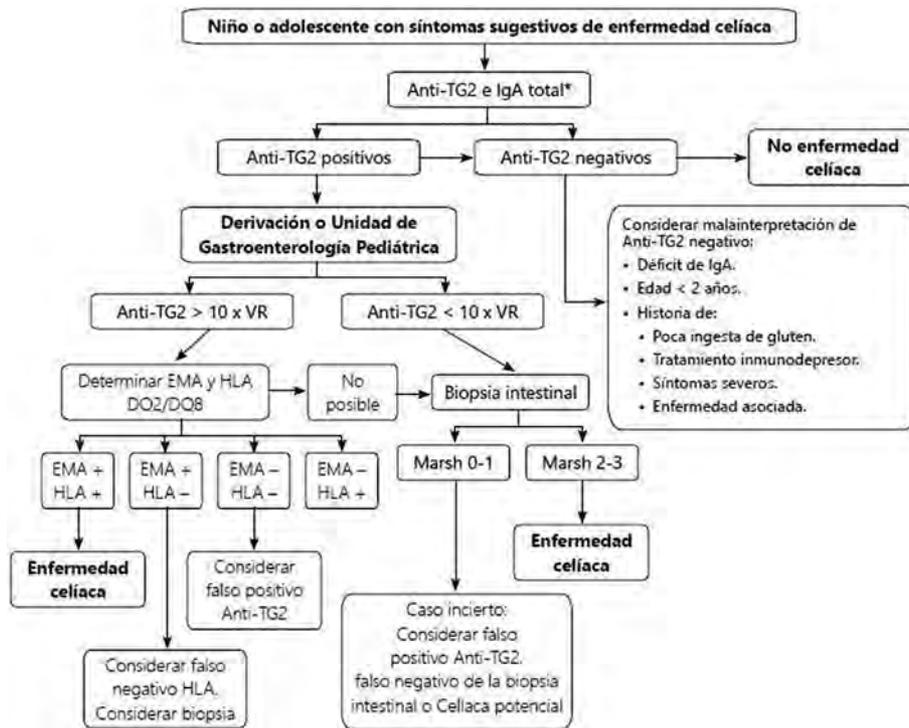


Gráfico 9. Algoritmo diagnóstico en niños/adolescentes asintomáticos pertenecientes a grupos de riesgo^{2, 10, 11}

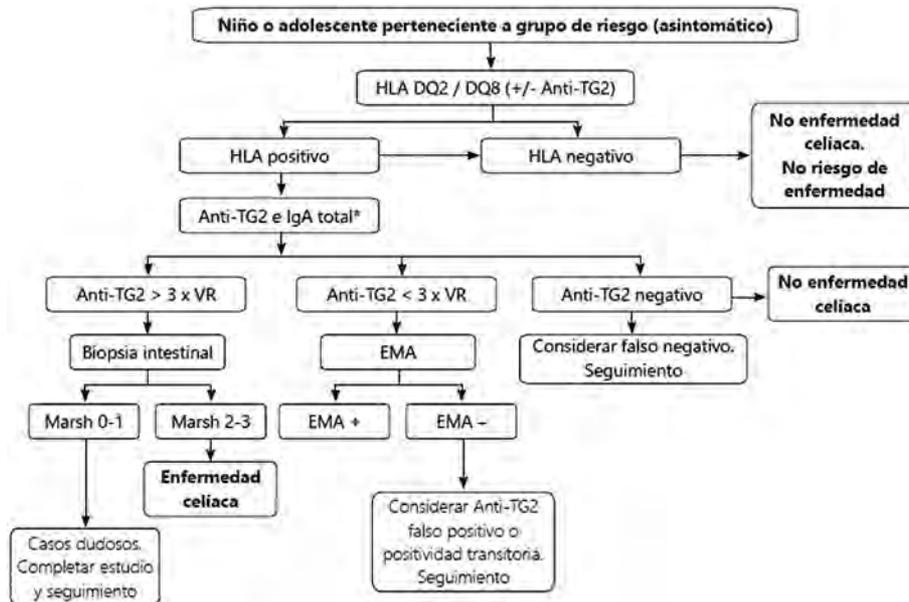
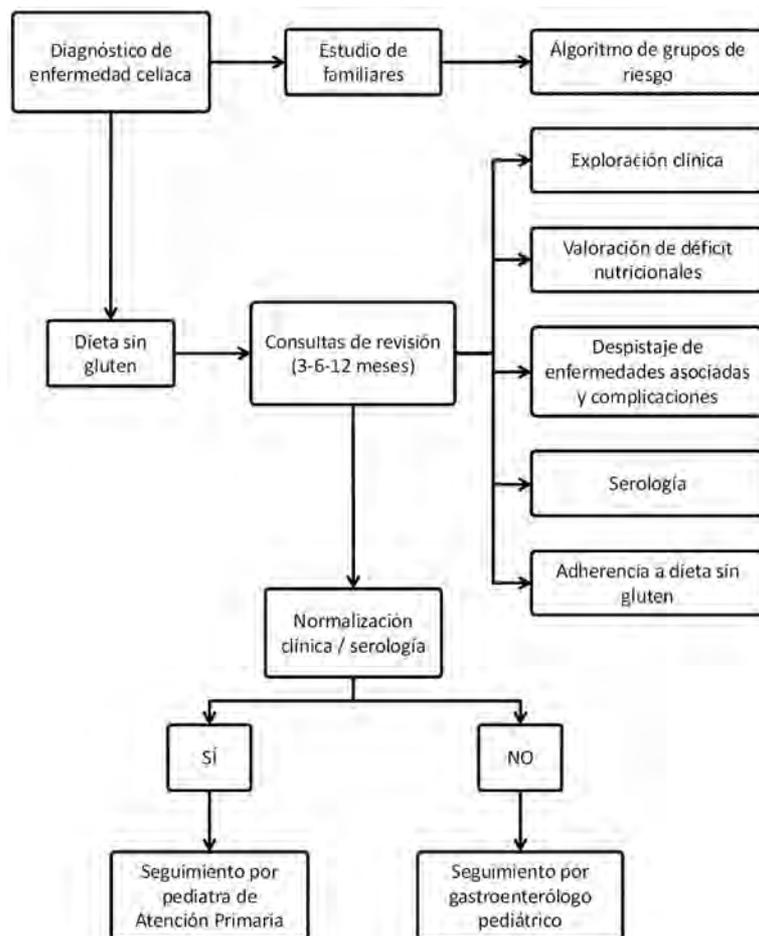


Gráfico 10. Seguimiento de enfermedad celíaca^{2, 10, 11}



enviado por correo postal, algunos profesionales han podido revisar el tema para contestar el cuestionario. Se ha hecho hincapié en contestar fielmente, insistiendo en el anonimato, para no falsear el estudio.

Nos parece interesante incluir a los residentes a la hora de valorar conocimientos en relación con los años de experiencia clínica y la edad. Pero nos encontramos con el problema de que en el cuestionario está recogido ser residente, pero no el año de residencia, ya que éste cambiaba durante la realización del estudio.

Puede ser una limitación la falta de respuesta en el perfil profesional, ya que en el 34,81% de las encuestas no consta dicha información.

Pero esta limitación está asociada al uso de encuestas.

CONCLUSIONES

A raíz de este estudio, parece evidente la necesidad de intensificar la formación en celiacía de los médicos de Atención Primaria. Además, creemos positiva su realización para llamar la atención de los profesionales sobre esta realidad. En esta línea, hemos impartido sesiones clínicas formativas en varias zonas básicas de salud tras responder a la encuesta, y a fecha de hoy seguimos dando formación en los centros de Atención Primaria de nuestra provincia.

Creemos que este desconocimiento de la enfermedad puede ser una de las causas de su infra-diagnóstico. Pero para analizar estas causas sería necesario realizar otro estudio.

Hemos sabido que en los próximos meses el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene programada la publicación de un protocolo diagnóstico que será de gran utilidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales que han contestado el cuestionario.

A todos los que nos han ayudado como intermediarios, médicos, enfermeros y personal administrativo.

A Verónica Rodríguez García, Gestora de Proyectos de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO). Complejo Hospitalario Universitario de Jaén.

A Josefa García Blanco, directora de la Unidad Clínica de Andújar "Virgen de la Cabeza", que nos ha dado todas las facilidades posibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanco Allué I. Enfermedad celíaca presente y futuro. Fundación Carlos Vázquez. Madrid: Ergón; 2013.
2. Coronel Rodríguez C, Espín Jaime B, Guisado Rasco MC. Enfermedad celíaca. En *Pediatría integral* [en línea] Marzo 2015 [fecha de acceso 12 de Marzo de 2015]; XIX (2). Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-02/enfermedad-celiaca>.
3. Rodrigo L, Peña AS. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celiaca. Barcelona: OmniaScience; 2013.
4. Román Riechmann E, Cilleruelo Pascual ML, Gutiérrez Junquera C. Epidemiología de la enfermedad celíaca. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p 29-32.
5. FACE. Cuaderno de la enfermedad celíaca. 2ª Ed. Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuétara. Madrid: IMC; 2011.
6. Calleja S, Vivas S, Santiuste M, Arias L, Hermandero M, Nistal E et al. Dynamics of non-convencional intraepithelial lymphocytes-NK, NKT, and gd T- in celiac disease: relationship with age, diet, and histopathology. *Dig Dis Sci* 2011; 56: 2042-9.
7. García Ruiz de Morales S, Calleja Antolín M, Llorente Herranz M. Utilidad de los marcadores serológicos: Anticuerpos anti-gliadina y antipeptidos desaminados de gliadina. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p. 47-50.
8. Arranz Sanz E, Garrot e Adrados JA. Utilidad de los marcadores genéticos. En: Polanco Allué I. *Enfermedad celíaca, presente y futuro*. Madrid: Ergón; 2013. p 43-46.
9. Beltrí Orta P. Anomalías del esmalte dentario y enfermedad celíaca. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología; 2004.
10. Ortigosa L. Guía ESPGHAN 2012 para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y adolescentes: ¿son necesarios nuevos criterios diagnósticos? *Revista Gastrohnp* 2012; 14(3): 101-105.
11. Miranda Díaz M. Enfermedad celíaca: nuevos criterios diagnósticos. *Vox Paediatrica* 2012; XIX (2):28-33.

Anexo 1. Cuestionario para los profesionales

1. Sexo:
 - a. Mujer
 - b. Hombre
2. Edad:
 - a. 20-30 años
 - b. 31-40 años
 - c. 41-50 años
 - d. 51-60 años
 - e. Más de 61 años
3. Perfil profesional:
 - a. Médico de familia
 - b. Médico general
 - c. Pediatra
 - d. Residente
4. Años de práctica clínica:
 - a. <5
 - b. de 5 a 10
 - c. de 10 a 20
 - d. >20
5. ¿Recuerda si tiene algún paciente en su cupo con intolerancia a algún alimento?
 - a. Sí
 - b. No
6. En caso afirmativo, ¿alguno de estos casos lo ha diagnosticado usted?
 - a. Sí
 - b. No
7. ¿Suele pensar en intolerancia alimenticia cuando un paciente consulta por molestias abdominales?
 - a. Sí
 - b. No
8. ¿Suele pensar en intolerancia alimenticia cuando un paciente consulta por gases y alteraciones del hábito intestinal?
 - a. Sí
 - b. No
9. ¿Qué es la celiacía? Puede marcar más de 1 respuesta.
 - a. Intolerancia a lactosa (-1 punto)
 - b. Intolerancia al gluten (2 puntos)
 - c. Intolerancia al arroz (-1 punto)
 - d. Enfermedad autoinmune (1 punto)
 - e. Alergia al gluten (1 punto)
10. ¿Cuál cree que es la prevalencia de la celiacía?
 - a. Menos del 0.1 %
 - b. 1 %
 - c. 5%
11. Entre los siguientes, ¿cuál o cuáles cree que son grupos de riesgo para la celiacía? Puede señalar más de 1 opción.
 - a. Familiares de enfermo celíaco (1 punto)
 - b. Diabéticos tipo I (1 punto)
 - c. Síndrome de Down (1 punto)
 - d. Enfermedades tiroideas (1 punto)
 - e. Todos los anteriores (2 puntos)
 - f. Ninguno de los anteriores (-1 punto)
12. De entre los siguientes, ¿cuáles cree que pueden ser síntomas de la celiacía? (puede señalar todas las opciones que considere)
 - i. diarrea crónica (2 puntos)
 - ii. pérdida de apetito (1 punto)
 - iii. distensión abdominal/ gases (2 puntos)
 - iv. pérdida de peso (2 puntos)
 - v. talla baja/ fallo de crecimiento (2 puntos)
 - vi. retraso puberal(1 punto)
 - vii. anemia (2 puntos)
 - viii. irritabilidad/tristeza (1 punto)
 - x. asintomático (1 punto)
 - xi. irregularidades menstruales (1 punto)
 - xii. heces pastosas (1 punto)
 - xiii. estreñimiento (2 puntos)
 - xiv. dolor abdominal (2 puntos)
 - xv. problemas digestivos (1 punto)
 - xvi. infertilidad (1 punto)
 - xvii. abortos de repetición (1 punto)
 - xviii. calambres en brazos y piernas (1 punto)
 - xix. osteoporosis (1 punto)
 - xx. edemas (1 punto)
 - xxi. ansiedad/depresión (1 punto)
 - xxii. colon irritable (1 punto)
 - xxiii. artritis reumatoide (1 punto)
 - xxiv. reflujo gastroesofágico (2 puntos)

Anexo 1 (continuación)

13. ¿Cuáles pueden ser manifestaciones dérmicas de la enfermedad celiaca? Puede marcar más de una respuesta.

- a. Dermatitis atópica (-1 punto)
- b. Dermatitis herpetiforme (2 puntos)
- c. Dermatitis pustular (-1 punto)
- d. Estomatitis aftosa recidivante (1 punto)
- e. Todas las anteriores (-1 punto)
- f. Ninguna de las anteriores (-1 punto)

14. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía en mayores de 2 años?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre (1 punto)
- b. Anticuerpos antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- c. Anticuerpos antigliadina orina (-1 punto)
- d. Anticuerpos antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- e. Es imprescindible la realización de biopsia intestinal. El diagnóstico debe hacerlo un especialista en Aparato Digestivo (1 punto)

15. ¿Qué pruebas pediría para diagnosticar/descartar la celiacía en menores de 2 años?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre (2 puntos)
- b. Anticuerpos antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- c. Anticuerpos antigliadina orina (-1 punto)
- d. Anticuerpos antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- e. Es imprescindible la realización de biopsia intestinal. El diagnóstico debe hacerlo un especialista en Aparato Digestivo (1 punto)

16. ¿Qué pruebas pediría para seguimiento de una dieta exenta de gluten?

- a. Anticuerpos antigliadina en sangre y antitransglutaminasa en sangre (1 punto)
- b. Anticuerpos antigliadina orina y antitransglutaminasa en orina (-1 punto)
- c. Antitransglutaminasa en sangre (2 puntos)
- d. Todas las anteriores (-1 punto)
- e. Ninguna de las anteriores (-1 punto)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ORIGINAL

Cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social

Leyva Alarcón A¹, Peña Arredondo M¹,
Orcera López MJ¹, Valle Rodríguez M^{1P2},
Pérez Milena A³

¹Médico Interno Residente. Centro de Salud
El Valle (Jaén)

²Trabajadora social. Centro de Salud
El Valle (Jaén)

³Doctor en Medicina, Médico de Familia,
Centro de Salud El Valle (Jaén)

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

PALABRAS CLAVE

Aborto Provocado; Aborto por demanda; Barrios marginales; Control de la natalidad; Atención Primaria.

RESUMEN

Título: cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social.

Objetivo: conocer la cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y su relación con el riesgo de exclusión social.

Diseño: estudio de cohorte histórica mediante auditoría de historias clínicas.

Población y muestra: se incluyen todas las mujeres que solicitan IVE en un centro de salud urbano (40% zona de transformación social), de 2013 a 2016. Se recogen variables personales, de la IVE y del uso de anticoncepción posterior. Análisis descriptivo y mediante regresión logística.

Resultados: se valoran 92 mujeres (25,3±6,3 años), quienes acuden a planificación familiar un 63% (ZNTS 32% y zona sin riesgo 77%; $p<0,001$ test X^2). Las mujeres en ZNTS sólo usan como anticonceptivos el DIU (56%) y los anticonceptivos orales (44%). La cobertura del diagnóstico precoz de cáncer cervical es inferior un 11% en ZNTS y se relaciona con el uso de un método anticonceptivo (diferencia media 36%; $p<0,001$ X^2). El análisis multivariante muestra relación entre no seguir un método anticonceptivo y vivir en zona necesitada de transformación social (OR 7,88).

Conclusiones: el riesgo social en la mujer influye en un mayor número de IVEs y en un menor uso posterior de anticonceptivos, con menor variedad de métodos. Es de especial importancia una captación activa de este subgrupo de mujeres fértiles para disminuir las tasas de IVE.

Recibido el 09-04-2018; aceptado para publicación el 8-11-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 141-150

KEYWORDS

Abortion, Induced; Abortion, Legal; Poverty Areas; Contraception; Primary Care.

ABSTRACT

Title: Coverage of the family planning programme after voluntary termination of pregnancy and its relation to the risk of social exclusion.

Aim: To learn about the coverage of the family planning programme after voluntary termination of pregnancy (VTP) and its relation to the risk of social exclusion.

Design: A historical cohort study using medical record audits.

Population and sample: All women requesting VTP in an urban primary care centre (40% from areas in need for social transformation - ANST), from 2013 to 2016. Data were collected from personal variables, VTP and subsequent contraceptive use. Descriptive analyses were performed using logistic regression.

Results: 92 women (mean age 25.3 ± 6.3 years) were evaluated, 63% attending family planning (32% from ANST and 77% from no risk areas; X^2 test $p < 0.001$). Women from ANST only use the IUD (56%) and oral contraceptives (44%) as birth control methods. The coverage of the early detection of cervical cancer is 11% lower in ANST and is linked to the use of one contraception method (36% mean difference; X^2 test $p < 0.001$). Multivariate analysis shows a relationship between not using a contraception method and living in ANST (OR 7.88).

Conclusions: social risk in women leads to an increased number of VTP and a lower subsequent use of contraceptives, with a limited variety of methods. Of particular importance would be an active recruitment of this subgroup of fertile women to reduce VTP rates.

INTRODUCCIÓN

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) son un importante problema de salud pública. A nivel mundial, se estima que se produjeron más de 50 millones de abortos por año durante el período 2010–2014¹. En España están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, siendo mayor el número de IVEs solicitada en Andalucía frente a la media nacional (más de dos mil intervenciones). El perfil de la mujer que lo solicita presenta una edad inferior a 25 años², con menor nivel de instrucción y con trabajo por cuenta ajena o en desempleo³. En Andalucía, las mujeres que solicitaron la IVE presentaron, además, unas características específicas: un menor número de hijos previo al embarazo y vivir sola⁴.

Es bien conocido que las condiciones sociodemográficas de las mujeres son determinantes para decidir continuar o no con el embarazo^{1,5,6}. La mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo son resultado de una concepción no deseada y un fracaso de las medidas anticonceptivas. Los problemas económicos es uno de los principales motivos que se aducen en la sociedad española². En el año 2017 unos 13 millones de españoles estaban en riesgo de pobreza o exclusión social (casi la cuarta parte de la población)⁷. En Andalucía, los indicadores de pobreza son notablemente superiores a la media registrada para el conjunto del territorio nacional⁸. En las zonas con riesgo de exclusión social, las mujeres desempeñan roles tradicionales, con un mayor número de conductas de riesgo y déficit de actividades de promoción de la salud. En Andalucía se han identificado las zonas necesitadas de transformación social, definidas como espacios urbanos en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social⁹. En estas zonas se debe prestar una mayor atención a los problemas de salud de la mujer, como la interrupción del embarazo y la planificación familiar.

Diferentes estudios muestran cómo casi la mitad de las mujeres que solicitaron una IVE reconocían no haber utilizado nunca un método anticonceptivo²⁻⁴. Tras la IVE, la planificación familiar postaborto es una de varias prácticas de alto impacto, siendo un momento excepcional para su realización por parte del sistema sanitario¹⁰. Sin embargo, existe poca información sobre la

cobertura de la planificación familiar después del aborto y la mejor estrategia para mejorar su implementación¹¹. Con el presente estudio se desea conocer la cobertura del programa de planificación familiar tras una IVE y su relación con el riesgo de exclusión social, así como describir las variables más relacionadas con el uso de un método contraceptivo postaborto en este colectivo de mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio de cohortes con seguimiento retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas. El estudio se realiza en una zona básica de salud urbana, cuyo Centro de Salud atiende a unas 12.500 personas, de las cuales el 52% son mujeres y, de ellas, el 47% tienen de 15 a 49 años. Aproximadamente 5.000 personas viven en ZNTS (40% del total), y algo más de 1.200 son mujeres en edad fértil.

El Centro de Salud oferta atención a las mujeres que solicitan una IVE e información sobre la misma, así como su tramitación y citación con la clínica de referencia. Dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria, se hace especial hincapié en la atención a colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres que viven en zonas con necesidades de transformación social (ZNTS). Se incluirán en el estudio todas las mujeres que se hayan realizado una IVE entre los años 2013 al 2016, inclusive, pertenecientes al Centro de Salud. Se excluirán aquellas que no tengan ningún registro en la historia clínica tras la IVE. El tamaño de muestra se calcula para una incidencia de IVE de 10,6 por mil³, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%, resultando un reclutamiento mínimo de 91 mujeres.

La variable principal es la inclusión en el programa de planificación familiar tras una IVE, para lo que se registran los métodos empleados. Los métodos contraceptivos se definen según la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud¹², recogiendo el uso de preservativo (masculino o femenino), en: anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica o vaginal), anticoncepción hormonal de sólo gestágenos (vía oral, intramuscular o subcutáneo), dispositivos

intrauterinos (DIU) y ligadura de trompas (esterilización).

Otras variables independientes recogidas son:

- Personales: código numérico personal (número único de historia de salud de Andalucía –NUHSA-), edad y pertenencia o no a una zona necesitada de transformación social (se establece en función del mapa de zonas en riesgo de exclusión social, siendo una delimitación administrativa empleada en la Junta de Andalucía).
- Relativas a la IVE: fecha de realización, edad de la paciente y fórmula obstétrica.
- Antecedentes ginecológicos de interés, realización de citologías y existencia de consulta hospitalaria en el servicio de ginecología.

El listado de mujeres a las que se les ha realizado una IVE se obtiene del registro manual que la trabajadora social del centro posee. Posteriormente se accede a la historia de salud digital DIRAYA para recoger el resto de variables, revisando como mínimo un año entre la realización de la IVE y el registro de un método contraceptivo en su historia. Se revisa tanto la historia clínica digital (Diraya) de Atención Primaria como la historia de salud única, donde se encuentran los registros de los datos de las consultas hospitalarias así como la medicación prescrita a lo largo del tiempo de estudio.

Análisis de datos

Los datos se vuelcan en una base de datos, de forma anonimizada, creada mediante el programa informático SPSS versión 21, siendo posteriormente depurados para detectar y corregir posibles errores en el procesado. Se aplica el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la Normalidad de los datos cuantitativos y el test de Levene para valorar la homocedasticidad de las varianzas. Los datos se muestran como medias con sus desviaciones típicas y proporciones, ofreciendo también los intervalos de confianza (IC) al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con valores de $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y el test ANOVA de una vía para la comparación de medias (o sus

correspondientes test no paramétricos: U de Mann Whitney y test de Kruskal Wallis, y el test de la χ^2 para la comparación de proporciones, realizando un análisis bivalente diferenciando las particularidades de la cohorte de mujeres que viven en riesgo de exclusión social y la cohorte que no vive en dichas zonas. Para valorar las variables que se relacionan con el uso de planificación familiar tras una IVE, se realizará un análisis multivariante mediante una regresión logística donde la planificación familiar es la variable dependiente (codificada como no=0 y sí=1), relacionándola con el resto de valores recogidos.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación ha sido aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén (según normativa del RD 223/04). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 de 13 de Diciembre). Las historias clínicas fueron auditadas por médicos de familia y médicos residentes, quienes accedieron al contenido de la historia clínica digital de cada mujer mediante una identificación personal. Con los datos obtenidos se crearon dos bases de datos para el análisis estadístico, una con la identificación personal de las mujeres, solo accesible a dos investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger el anonimato.

RESULTADOS

1. Características de la muestra estudiada.

Durante cuatro años, un total de 92 mujeres han solicitado y realizado un IVE, todas ellas cumplen criterios de inclusión y son reclutadas para el estudio. Un tercio de ellas pertenecen a ZNTS (30,4%). Las principales características de las mujeres, recogidas en función de la existencia o no de riesgo de exclusión social, se muestran en la tabla 1. La media de edad se sitúa en los 25,3 años ($\pm 6,3$), con un rango de 30 años (16 años la mujer más joven y 46 años la más mayor). La media de número de interrupciones voluntarias

del embarazo realizados por mujer es de 1,4 ($\pm 0,8$), superior en el caso de las mujeres que viven en ZNTS (diferencia media de $0,74 \pm 0,16$, $p < 0,001$ *t* de Student; tabla 1). El 75% de las mujeres sólo se han realizado un IVE, siendo más frecuente un mayor número de abortos en mujeres que viven en ZNTS: en el caso de presentar dos IVE es un 17,7% superior y para tres interrupciones es un 17,9% superior ($p < 0,001$ test χ^2 , figura 1). Tener 3, 4 o 5 abortos en su historial es casi exclusivo de mujeres en riesgo de exclusión social. La distribución de IVEs por año es similar en cada grupo de mujeres comparado (figura 2) con pequeñas variaciones sin significación estadística.

2. Cobertura del programa de planificación familiar tras una IVE

Tras la IVE, 58 mujeres (63%) tienen registrada una visita del programa de planificación familiar con un método prescrito por su médico de familia. El porcentaje de uso de un anticonceptivo es significativamente menor en las mujeres que viven en ZNTS (9 mujeres de un total de 28) frente al resto de mujeres (49 de un total de 64), con una diferencia de porcentaje de cobertura del programa de planificación familiar inferior en un 45% en las mujeres en zonas de riesgo social ($p < 0,001$ test χ^2 ; tabla 1). La indicación del uso de un determinado método anticonceptivo se realiza en todos los casos desde Atención Primaria, aunque 23 mujeres del total (5 en ZNTS y 6 del resto de población sin riesgo social) precisaron acudir al servicio de Ginecología para la inserción de un DIU o para proceder a una ligadura tubárica como método definitivo de esterilización.

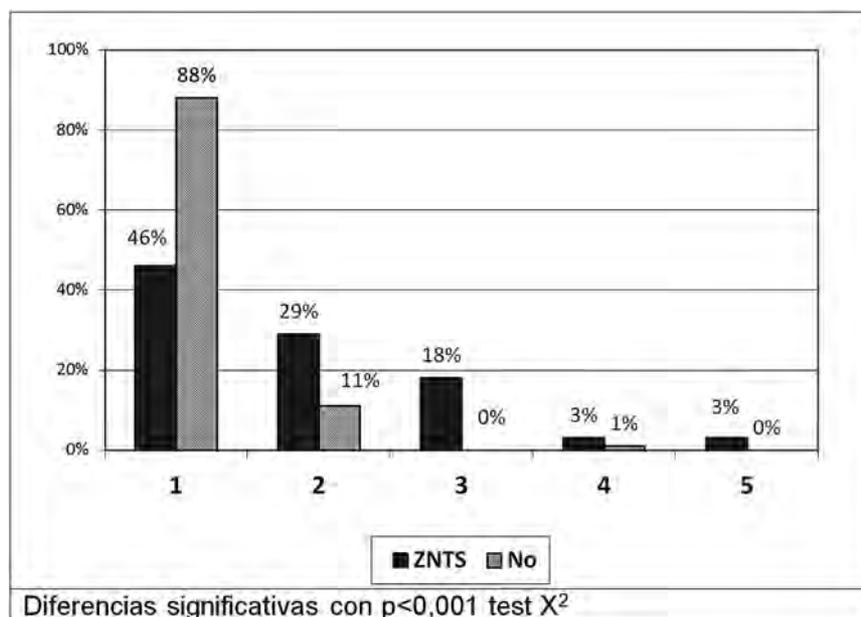
Entre los diferentes tipos de métodos empleados, los más frecuentes son la anticoncepción hormonal combinada oral (60%) y vaginal (9%) y el dispositivo intrauterino (19%). Otros menos frecuentes son el preservativo masculino (7%), la ligadura de trompas (esterilización) (3%) y la anticoncepción hormonal subcutánea de sólo gestágenos (implante anticonceptivo de etonogestrel) (2%). No se ha registrado ningún caso de uso de preservativo femenino), anticoncepción hormonal combinada transdérmica (en parches), ni anticoncepción hormonal de sólo gestágenos (vía oral o intramuscular). Sólo se

Tabla 1. Principales variables estudiadas en función de la zona donde viven las mujeres que se han practicado una interrupción voluntaria del embarazo

	ZNTS	
	No	Sí
Tamaño de muestra	64	28
Edad	25,92 ±6,9	23,71 ± 4,5
Número de IVEs (*)	1,16 ± 0,4	1,9 ± 1,1
Citología	61%	50%
Ginecología	11%	11%
Planificación familiar (†)	77%	32%
Tipo de método anticonceptivo (‡)		
ANTICONCEPCIÓN ORAL	63%	44%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	12%	56%
PRESERVATIVO	8%	0%
ANILLO VAGINAL	10%	0%
IMPLANTE SUBDERMICO	2%	0%
ESTERILIZACIÓN	4%	0%

(*) $p < 0,001$ t Student (†) $p < 0,001$ X^2 (‡) $p = 0,071$ X^2

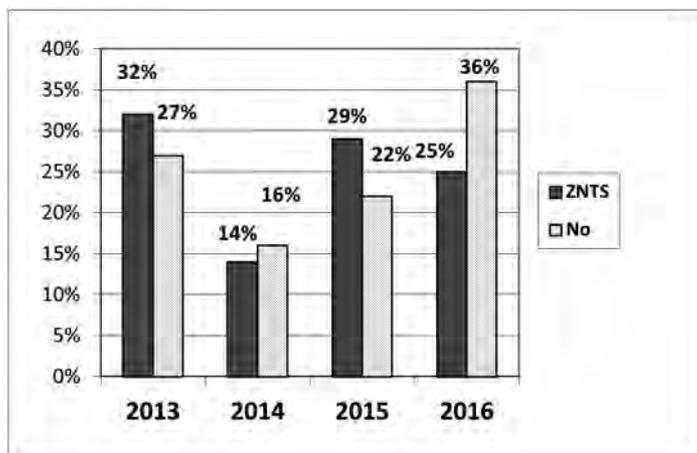
Figura 1. Número de interrupciones voluntarias de embarazo por mujer según la pertenencia o no a una zona de transformación social



recogen dos diferentes métodos anticonceptivos en mujeres que viven en ZNTS: en primer lugar el DIU (56%), y en segundo lugar los anticonceptivos orales (44%). Las mujeres sin riesgo social, a diferencia de grupo anterior, usan

mayoritariamente la anticoncepción oral (63%; $p = 0,071$ X^2) y emplean otros métodos como el preservativo, al anillo vaginal, el implante subcutáneo de progesterona o la esterilización (tabla 1).

Figura 2. Porcentaje de interrupciones voluntarias de embarazo por mujer según la pertenencia o no a una zona de transformación social y el año de estudio



3. Relación de la IVE con el resto de variables

Tras realizar el análisis bivalente, no se encuentran diferencias en la edad del grupo de mujeres que usan métodos anticonceptivos tras la IVE frente a las que no lo usan, así como tampoco en el número de IVEs ni en la presencia de cita para la consulta de ginecología (tabla 2). Las mujeres que no se han realizado citología tras la IVE tienen una menor cobertura del programa de planificación familiar (diferencia media 36%; $p < 0,001$ χ^2), e igual ocurre con aquellas que viven en ZNTS (diferencia media 40%; $p < 0,001$ χ^2) (tabla 2). Tras la IVE, un 58% de las mujeres se realizan citología para diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino (un 11% inferior en mujeres en riesgo social, aunque sin diferencias significativas; tabla 1) y un 11% precisan acudir a ginecología por presentar diversa sintomatología o por solicitar la inserción de un DIU.

En la tabla 3 se presenta el modelo final obtenido mediante regresión logística en la que se desestima relación entre la presencia de planificación familiar tras la IVE y la edad, el número de abortos total, la realización de citología o la consulta en ginecología, con OR cuyos intervalos de confianza comprenden el valor 1. Sin embargo, se aprecia una relación de riesgo en las mujeres que viven en ZNTS, con una OR de 7,9 y un intervalo de confianza al 95% de [6,7; 9,1].

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que unas dos terceras partes de las mujeres que han realizado una IVE acuden posteriormente al sistema sanitario para recibir un método de planificación familiar. Este porcentaje disminuye casi a la mitad cuando la mujer pertenece a una zona necesitada de transformación social, algo que se ha atribuido a la falta de información, el miedo al fallo del método y la presencia de falsas creencias¹³. Junto a estas creencias sobre los anticonceptivos, la accesibilidad y la información que poseen las mujeres en zonas de riesgo social pueden determinar el uso de tan sólo dos métodos como son los anticonceptivos orales y el DIU. El coste económico y la baja accesibilidad a los implantes subcutáneos de progesterona, que requieren un visado hospitalario¹², así como la escasa indicación de otros métodos por los médicos de familia (como los preservativos femeninos o los gestagenos *depot*) son otras causas de la baja oferta y uso de los métodos anticonceptivos poco o nada registrados en las historias¹³. Junto a estas inequidades en salud, se aprecia cómo la existencia de un riesgo social predispone a la mujer a solicitar un mayor número de abortos al tiempo que participa en menor porcentaje en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino tras la IVE.

Tabla 2. Uso de métodos anticonceptivos y relación con las variables del estudio

	Planificación familiar	
	No	Sí
Tamaño de muestra	34	58
Edad	23,9 ± 6,4	24,1 ± 6,1
Número de IVEs	1,5 ± 0,9	1,2 ± 0,5
Citología (*)	35%	71%
Ginecología	9%	12%
Zona Necesitada de Transformación Social (*)	56%	16%

(*) $p < 0,001$ χ^2

Tabla 3. Modelo multivariante mediante regresión logística sobre variables predictivas en mujeres que no siguen un método anticonceptivo tras interrupción voluntaria del embarazo

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%	Chi2 (Wald)	p
Constante	-0,268	0,765	(0,49 ; 1,02)	0,054	0,816
Edad	-0,002	0,998	(0,908; 1,09)	0,003	0,958
Número de IVEs	-0,045	0,956	(0,25; 1,17)	0,015	0,902
Zona Necesitada de Transformación Social	2,065	7,887	(6,66; 9,11)	10,915	0,001
Realización de citología	-1,578	0,206	(0,89; 1,31)	7,879	0,005
Consulta en ginecología	-0,028	0,973	(0,74; 2,69)	0,001	0,975

Los datos obtenidos pueden tener un sesgo de información al haberse obtenido mediante una auditoría de las historias clínicas. Se ha constatado de forma clásica un sesgo de infraregistro en las historias de Atención Primaria, centrado principalmente en la actitud diagnóstica y el plan terapéutico, no así en el registro de los motivos de consulta¹⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en Andalucía existe una historia clínica digital que aporta una vista unificada y personalizada de datos procedentes de múltiples fuentes (como consultas hospitalarias o de otros centros, y registro de prescripción farmacológica)¹⁵. Ello aportaría diferentes fuentes de información en un mismo recurso, permitiendo así recoger adecuadamente la realidad de la demanda sanitaria al sumarse el registro de diferentes profesionales de distintos ámbitos en la misma historia de salud. Pese a esta ventaja, podrían quedar excluidas aquellas mujeres que acuden a clínicas privadas o los métodos anticonceptivos que no precisan prescripción médica, aunque la capacidad económica de las mujeres del estudio haría pensar

que su principal recurso sanitario es el sistema sanitario público. Respecto a la población de estudio, el registro obligatorio en papel que consigna la trabajadora social del centro permite reclutar a todas las mujeres que han solicitado una IVE. Por otra parte, habría que considerar que la población de estudio puede no ser representativa de todas las mujeres que solicitan abortos en Andalucía, aunque los resultados son concordantes con otras recientes publicaciones^{1,3}.

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas: los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. El ciclo de la pobreza comienza con la infrautilización de los servicios sanitarios¹⁶, siendo la falta de conocimientos de la población, las malas infraestructuras en zonas de riesgo social y el copago de algunos anticonceptivos varias de las causas más importantes en el medio estudiado. En concreto, los embarazos no planeados se

relacionan con el aumento de la pobreza¹⁷: los ingresos económicos son componentes clave de los recursos familiares en salud y condiciona el número de hijos de cada mujer, lo que supone una gran disparidad en el área de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven en países en vías de desarrollo y en zonas de exclusión social en países desarrollados.

La sociedad española sigue la tendencia europea que marca el deseo de familias más pequeñas con menor número de embarazos y mayor tiempo entre los mismos^{1,18}. Baste recordar que la tasa de embarazos en Andalucía (9,96‰) fue de las más altas de España en 2015 y que la incidencia del aborto presenta pocas variaciones entre las diferentes regiones de España³, aunque varía ampliamente según el nivel económico de las mujeres. Aunque las mujeres solicitan IVEs en todos los subgrupos sociodemográficos, la mayor prevalencia se encuentra en el grupo de edad de 20 a 29 años con un porcentaje proporcional de adolescentes¹, datos similares a los encontrados en el presente estudio. Los datos obtenidos en este estudio muestran que la cuarta parte de las mujeres han solicitado dos o más abortos, algo inferior a las medias españolas que se han incrementado en la última década hasta casi el 40%³. El sistema sanitario se enfrenta a una situación que requiere redirigir los recursos hacia una anticoncepción eficaz y de alta cobertura entre las mujeres fértiles, ya que si no se cumplen las preferencias de fertilidad de las mujeres probablemente se continúe incrementando el número de IVEs y el riesgo de daño para madres e hijos¹⁹. En concreto, el subgrupo de mujeres que han interrumpido voluntariamente su embarazo debería recibir asesoramiento sobre planificación familiar antes del alta tras la IVE o en las primeras revisiones en su centro de salud²⁰ dado que son un colectivo con mayor riesgo de reincidencia. La planificación familiar postaborto se define como el inicio del uso de anticonceptivos dentro de las 2 semanas tras un aborto, por lo que el momento tras la IVE es una oportunidad clave para ofrecer servicios de planificación familiar^{10,19}.

En muchos países, la fracción más alta de abortos ocurrió entre mujeres de alto nivel socioeconómico, medido por el estado de riqueza, el logro educativo y la residencia urbana²¹. Sin embargo, esto ocurre mayoritariamente en países de bajos y medianos ingresos, muchos de ellos con

una legislación altamente restrictiva y donde el acceso al aborto no es gratuito, por lo que sólo las mujeres con un elevado poder adquisitivo pueden hacerlo de forma legal¹. En tales casos la población de estudio no es comparable con la población española, que cuenta con un sistema sanitario público universal y una despenalización del aborto para un amplio número de casos (la gran mayoría se realizan a petición de la mujer)^{2,3}. El bajo porcentaje de mujeres en riesgo social que en este estudio son incluidas en programas de salud sexual de la mujer (planificación familiar o diagnóstico precoz de cáncer de cérvix) identifica claramente el subgrupo de mujeres con necesidades especiales en la comunidad que requieren políticas y programas específicos para reducir la incidencia de embarazos no deseados mediante un mejor acceso a servicios de atención postaborto de calidad¹.

Los estudios sobre la efectividad del consejo contraceptivo estructurado en diferentes ámbitos asistenciales ofrecen una evidencia pobre debido a importantes limitaciones metodológicas²². Se han diseñado diferentes intervenciones para mejorar la cobertura de la planificación familiar tras el aborto voluntario, pero ninguna ha obtenido suficiente evidencia^{13,19,23,24}. La entrega gratuita de métodos anticonceptivos antes del alta hospitalaria aumenta el uso de anticonceptivos a los doce meses pero tampoco parece disminuir la incidencia de los abortos de repetición²⁵. Otra interesante opción sería la inserción de un DIU inmediatamente después del aborto, siendo una técnica segura y práctica aunque con mayores tasas de expulsión que con las inserciones realizadas después de un intervalo de tiempo^{26,27}.

Más que la tecnología a emplear, parece fundamental promover una correcta educación sexual y reproductiva en la población, asociado a comportamientos y elecciones que propician una buena salud^{16,17}. Los métodos anticonceptivos de acción prolongada se asocian con tasas de interrupción más bajas que los métodos hormonales de acción corta²⁸. Sin embargo, es de especial importancia tanto el comienzo del tratamiento anticonceptivo como su mantenimiento, dado que la interrupción del mismo ocurre hasta en más del 50% de las mujeres²³. La participación activa de la mujer en la elección de la técnica anticonceptiva permitirá su empoderamiento mediante una elección autónoma que integre su

punto de vista y sus conocimientos o prácticas médicas, mejorará la accesibilidad (sobre todo en adolescentes) y aumentará la adherencia a la anticoncepción elegida^{1,29}. El abordaje en la consulta a demanda del médico de familia es clave para abordar la anticoncepción, siendo también necesario en las zonas necesitadas de transformación social un trabajo multidisciplinar que incluya enfermería y trabajo social²⁹.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle income countries. *PLoS ONE*. 2017; 12: e0172976.
- Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno L, García-León FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit*. 2012; 26:504–11.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid, 2017. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf [accedido 8/12/17]
- Vila-Vives JM, Soler-Ferrero I, Gimeno-Clemente N, Hidalgo-Mora JJ, Vila-Martínez JM, Pellicer A. Perfil de la paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit*. 2013; 27:565-6.
- Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*. 1998;24:117–27, 152.
- Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008; 85:125–35.
- Llano Ortiz JC. Informe AROPE 2017. El estado de la pobreza: seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 200-2016. EAPN ESPAÑA, Madrid 2017. Disponible en: http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf [8/12/2017].
- Instituto Nacional de Estadística. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Gobierno de España, 2017. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&id=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout [8/12/17]
- Decreto-Ley 7/2013 de 30 de abril, de Medidas Extraordinarias y Urgentes para la lucha contra la exclusión social en Andalucía. BOJA nº 85 de 03/05/2013.
- John Hopkins University. Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care. Baltimore 2012. Disponible en: <http://www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planning-strengthening-family-planning-component-postabortion-care> [citado 6/3/18].
- Ferreira AL, Lemos A, Figueiroa JN, de Souza AI. Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009; 14:1–9.
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Anticoncepción. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_2_6_2 [citado 18/10/18].
- Domínguez Úbeda V, Ávila Pecci P, Espinaco Garrido MJ, Román Oliver J. Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. *Aten Primaria*. 2011;43:656-61.
- Pedreira-Carbonell V, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz-Chavarri G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36: 533-94.
- García Rojo M, Martín Sánchez F. El impacto de la historia clínica electrónica en la investigación y la docencia. En: V Informe SEIS "De la historia clínica a la historia de salud electrónica". Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003. Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/pdf/capitulo11.pdf> [citado 18/10/18].
- Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6).
- United Nations Population Fundation. Mundos Aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Estado de la población mundial 2017. División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del UNFPA. 2017. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/resources/población-y-pobreza?page=2%2C0%2C3> [accedido 10/3/2017]
- Westoff C. Desired number of children: 2000±2008 (DHS Comparative Reports 25). Calverton: ICF Macro. 2010.
- Smith C, Ngo TD, Gold J, Edwards P, Vannak UK, Sokhey L, et al. Effect of a mobile phone-based intervention on post-abortion contraception: a randomized controlled trial in Cambodia. *Bull World Health Organ* 2015; 93:842–50a.

20. Tripney J, Kwan I, Bird KS. Postabortion family planning counseling and services for women in low-income countries: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87:17-25.
21. Sedgh G BJ, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016; 388:258-67.
22. Madden T, Mullersman JL, Omgvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2013; 88:243-9.
23. Castaño PM, Bynum JY, Andres R, Lara M, Westhoff C. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012; 119:14-20.
24. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, Fortin J, Goldberg AB. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010; 116:633-40.
25. Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Stud Fam Plann*. 2002; 33:195-202.
26. Grimes DA, Schulz KFKF, Stanwood NN. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2*. Art. No.: CD001777. DOI: 10.1002/14651858.CD001777.
27. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Fast-track vs. delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after early medical abortion - a randomized trial. *Contraception*. 2017; 96:344351.
28. Ali MM, Cleland J. Contraceptive switching after method-related discontinuation: levels and differentials. *Stud Fam Plann*. 2010; 41:129-33.
29. López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Baeyens Fernández JA, del Cura González I, Iglesias Piñero MJ, et al. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria*. 2016;48 (Supl 1):105-26.

REPASANDO EN AP

Terapia de la incontinencia urinaria - vejiga hiperactiva

Simão Aiex L¹, Morillas Fernández M^aL²

¹Médico de Familia, Centro de Salud San Miguel.
Torremolinos (Málaga). Distrito Sanitario Costa del Sol

²Médico especialista en Medicina Legal y Forense

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 19-02-2018; aceptado para publicación el 09-04-2018
Med fam Andal. 2018; 2: 151-159

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Vejiga Hiperactiva se ha definido como un complejo sintomático que comprende la presencia de urgencia urinaria con o sin incontinencia urinaria de urgencia, muchas veces acompañada de un aumento de la frecuencia micciones y nicturia, en ausencia de infección urinaria o de otras patologías que lo expliquen.

La incontinencia urinaria, es un concepto más amplio y consiste en la pérdida involuntaria de orina. Es la consecuencia de una alteración de la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades, pero no es una enfermedad en sí misma. Ocurre cuando la presión dentro de la vejiga es superior a la de la uretra. El paciente que la sufre es incapaz de controlarse, y retener la orina. Esta dolencia supone un problema higiénico, social, físico, laboral, doméstico y principalmente psíquico al enfermo, ya que influye en su vida cotidiana reduciendo su calidad de vida.

Puede manifestarse a cualquier edad, aunque su prevalencia aumenta con la edad y en ambos sexos, pero es algo más frecuente en mujeres que hombres.

Existen diversos tipos:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: la pérdida ocurre al realizar algún esfuerzo/actividad física, así como estornudar, la risa, deporte, cargar peso... No está asociada a la necesidad de orinar, y es más frecuente en mujeres con edad avanzada y con el embarazo.
- Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina tras una necesidad imperiosa y repentina de orinar.
- Sensitiva.
- Motora.
- Incontinencia urinaria mixta.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento:
- Orgánica - la vejiga esta distendida por una obstrucción que imposibilita su vaciamiento (tumores, HBP...).
- Neurológica - daño neurológico del parasimpático medular, tipo lesiones medulares, esclerosis múltiple o del nervio pélvico, que provoca que el nervio detrusor no tenga fuerza.
- Incontinencia urinaria de causa psicógena: asociada a estímulos externos que afecta a

los sentidos (frío, agua), emociones fuertes y repentinas (miedo, angustia, placer), fobias o manías.

- Incontinencia urinaria de causa neurológica: alteraciones de la dinámica micciones que se originan en el sistema nervioso.

TRATAMIENTO

En el manejo terapéutico de la incontinencia urinaria se incluyen diversas alternativas, sin que deban considerarse como excluyentes entre sí, si no que pueden y deben ser usadas de forma complementaria para obtener los mejores resultados terapéuticos. Es por ello, por lo que para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente, se deberá valorar el tipo de incontinencia, las condiciones médicas asociadas, la repercusión de la incontinencia, la preferencia del paciente, y el balance entre los beneficios/riesgos de cada tratamiento.

MEDIDAS GENERALES O INESPECÍFICAS

a) Modificación del hábitat o de las barreras arquitectónicas: tratando de facilitar el acceso al cuarto de baño, y/o facilitar la utilización de sustitutos (orinal, cuña sanitaria, etc.), para evitar desplazamientos.

b) Medidas higiénico-dietéticas: reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té). En casos de nicturia limitar la ingesta de líquidos a partir de la merienda.

c) Modificación de fármacos que alteren la continencia urinaria: como diuréticos, psicofármacos, anticolinérgicos, calcioantagonistas, etc,

d) Motivación, el estado de ánimo, la privación sensorial, el número y estado de los cuidadores, el hábitat, el tipo de ropa a utilizar (cómoda y con aperturas fáciles).

e) Medidas paliativas: absorbentes, así como colectores externos en varones sin obstrucción al

tracto urinario de salida. De forma excepcional se podría recurrir al sondaje vesical, en situaciones muy concretas (úlceras por presión, situación terminal, etc.).

f) Reentrenamiento vesical, micciones programadas.

g) Ejercicios de suelo pélvico que refuerza la musculatura voluntaria periureteral y los músculos del suelo de la pelvis.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

PROPIVERINA (tabla 1)

TOLTERODINA (tabla 2)

OXIBUTININA (tabla 3)

SOLIFENACINA (tabla 4)

TROSPIO (tabla 5)

MIRABEGRON (tabla 6)

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

(Figura 1)

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/>
- Vademecum Internacional guía farmacológica. UBM Médica. España. Febrero 2017.
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas. 2011; 35(7):373—388.
- Verdejo Bravo C. Protocolo de valoración y tratamiento de la incontinencia urinaria. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2003; 8(108):5812-5814.

Tabla 1

PROPIVERINA	PROPIVERINA
NOMBRE COMERCIAL	Mictonorm
Antagonista de receptores alfa1-adrenérgicos.	Antagonista competitivo de los receptores colinérgicos muscarínicos con efectos musculotropicos y neurotrópicos sobre la vejiga. También bloquea canales de calcio voltaje dependientes (tipo L). Antagonista de receptores alfa1-adrenérgicos.
INDICACIONES	Tratamiento sintomático de incontinencia de urgencia y/o de la polaquiuria y de la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva.
VIA DE ADMINISTRACIÓN	Vía oral. No abrir las cápsulas.
POSOLOGÍA	Capsula de liberación modificada: 30mg/día
PRECAUCIONES	Neuropatía periférica, insuficiencia renal grave, insuficiencia cardíaca congestiva grave (clase IV NYHA), HBP, hernia de hiato con reflujo, arritmias.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad, obstrucción intestinal, retención urinaria, miastenia gravis, atonía intestinal, colitis ulcerosa grave, megacolon toxico, glaucoma de ángulo cerrado no controlado, insuficiencia hepática grave, taquiarritmia.
INTERACCIONES	Efecto aumentado al administrar conjuntamente con antidepresivos triciclos, ansiolíticos, amantadina, neurolépticos, antimuscarínicos sintéticos y agonistas de receptores beta adrenérgicos. Efecto reducido por concomitancia de agonistas de los receptores colinérgicos muscarínicos. Disminuye efecto procinético de metoclopramida. No se disponen de estudios con inhibidores de CYP3A4 (ketoconazol, itraconazol, macrólidos).
EMBARAZO/LACTANCIA	Se desconoce riesgo en embarazo. Se excreta en leche materna. No se recomienda su uso.
CAPACIDAD CONDUCCIÓN	Puede causar alteraciones de la acomodación e influenciar sobre el tiempo de reacción, la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente.
REACCIONES ADVERSAS	Bien tolerado, transitorias. Reacciones adversas similares a las de otros antimuscarínicos: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, sequedad ocular, cefalea, somnolencia.

Tabla 2

TOLTERODINA	TOLTERODINA
NOMBRE COMERCIAL	<i>Detrusitol, Detrusitol Neo, Urotrol, Urotrol Neo</i>
MECANISMO DE ACCION	Antagonista competitivo y específico de los receptores muscarínicos, mostrando una mayor selectividad por la vejiga urinaria que por las glándulas salivales.
INDICACIONES	Tratamiento sintomático de incontinencia de urgencia y/o de la polaquiuria y de la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva.
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Oral con o sin alimentos. No partir los comprimidos
POSOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Comp. de liberación inmediata: 2 mg/12hs • Cáps. de liberación prolongada: 4 mg/24hs. <p>OJO: Insuficiencia hepática o renal grave: reducir dosis a la mitad</p>
PRECAUCIONES	Obstrucción grave del tracto de salida de la vejiga urinaria, estenosis pilórica, neuropatía autónoma, hernia de hiato. Riesgo de disminución de la motilidad gastrointestinal. Precaución en pacientes con factores de riesgo de prolongación del intervalo QT, bradicardia, enfermedad cardíacas relevantes ya existentes. Evitar concomitancia con inhibidores potentes de CYP3A4. No recomendado en niños.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad, retención urinaria, glaucoma de ángulo estrecho, miastenia gravis, colitis ulcerosa grave, megacolon tóxico.
INTERACCIONES	Disminuye efecto de metoclopramida, cisaprida. Efecto reducido por concomitancia de agonistas de los receptores colinérgicos muscarínicos.
EMBARAZO/LACTANCIA	Se desconoce el riesgo potencial. No se recomienda su uso.
CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN	Puede causar alteraciones de la acomodación e influenciar sobre el tiempo de reacción, la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente.
REACCIONES ADVERSAS	Bronquitis, sinusitis, mareos, somnolencia, parestesias, dolor de cabeza, sequedad ocular, visión irregular, vértigo, palpitaciones, boca seca, dispepsia, estreñimiento, dolor abdominal, flatulencia, diarrea, vómitos, sequedad de la piel, disuria, retención urinaria, cansancio, dolor de pecho, edema periférico, aumento de peso.

Tabla3

OXIBUTININA	OXIBUTININA
NOMBRE COMERCIAL	Ditropal, Dresplan
MECANISMO DE ACCIÓN	Antagonista competitivo de acetilcolina a nivel del receptor muscarínico post-ganglionar.
INDICACIONES	Inestabilidad vesical, vejiga espástica neurógena (niños).
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Via oral</i> - comprimido de liberación inmediata o prolongada: administrar con o sin alimentos. Debe tragarse entero con ayuda de líquido y no debe masticar, dividir ni fragmentar. • <i>Via transdérmica</i> - aplicar sobre la piel seca y sana, en el abdomen, cadera o nalgas, inmediatamente después de retirarlo del embalaje protector.
POSOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Comp. liberación inmediata: 5 mg/2-3 veces al día, máx. 20 mg/día. En casos de trastorno nocturno, administrar 3 comp. juntos al final del día. Niños > 5 años: 5 mg/2 veces al día (espaciado al menos 4 h). • Comp. liberación prolongada: inicial 5 mg/día; mantenimiento: 10 mg/día; máx. 20 mg/día. Intervalo de 1 sem entre cada cambio de dosis. • Parche: aplicar un parche en abdomen, cadera o nalgas 2 veces/sem (cada 3 ó 4 días). OJO: No aplicar 2 parches en el mismo lugar.
PRECAUCIONES	<p>Ancianos, Insuficiencia renal o hepática, trastornos de motilidad intestinal, hernia de hiato o reflujo gastroesofágico, obstrucción vesical, neuropatía autónoma, deterioro cognitivo y enfermedad de Parkinson.</p> <p>Puede exacerbar los síntomas de: hipertiroidismo, ICC, arritmias cardíacas, taquicardia, HTA e hipertrofia prostática.</p> <p>Concomitancia con biofosfanatos (esofagitis).</p> <p>No recomendado en < 5 años</p>
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad, glaucoma de ángulo estrecho o cámara anterior plana, miastenia gravis, retención urinaria, trastornos obstructivos gastrointestinales, íleo paralítico o atonía intestinal, colitis ulcerosa grave o aguda, megacolon tóxico, frecuencia urinaria y nicturia debido a Insuficiencia renal o cardíaca.
INTERACCIONES	<p>Concentración plasmática aumentada por ketoconazol, fluconazol, eritromicina.</p> <p>Actividad aumentada por amantadina, biperideno, levodopa, fenotiazinas, butirofenonas, clozapina, quinidina, antidepresivos tricíclicos, atropina, dipiridamol.</p> <p>Aumenta frecuencia o gravedad de sequedad de boca, estreñimiento y somnolencia con otros anticolinérgicos.</p> <p>Potencia somnolencia causada por el alcohol.</p> <p>Antagoniza efectos de los estimulantes de la motilidad gastrointestinal.</p>
EMBARAZO/LACTANCIA	No hay estudios suficientes, se excreta por leche materna. No se recomienda su uso.
CAPACIDAD DE CONDUCCION	Disminuye la capacidad de conducir y manejar máquinas
REACCIONES ADVERSAS	<p>Sequedad de boca, diarrea, estreñimiento, náuseas, dolor abdominal, infección del tracto urinario, dificultad en la micción, cefalea, somnolencia, mareos, visión borrosa. Palpitaciones, sequedad ocular, dispepsia, disgeusia, flatulencia, reflujo esofágico, astenia, sequedad de las mucosas, edema periférico, insomnio, nerviosismo, confusión, volumen urinario residual, retención urinaria, hematuria, nicturia, piuria, urgencia en la micción, faringitis, piel seca.</p> <p>Con los parche transdérmico: prurito, eritema, reacción y erupción en la zona de aplicación.</p>

Tabla 4

SOLIFENACINA	SOLIFENACINA
NOMBRE COMERCIAL	Vesicare
MECANISMO DE ACCIÓN	Antagonista competitivo específico del receptor colinérgico
INDICACIONES	Incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y urgencia en síndrome de vejiga hiperactiva.
VIAS DE ADMINISTRACION	Oral con o sin alimentos.
POSOLÓGÍA	5 mg/1 vez al día, puede aumentarse a 10 mg/día OJO: Insuficiencia renal grave (Clcr \leq 30 ml/min), Insuficiencia hepática moderada (puntuación de Child- Pugh de 7 a 9) o uso concomitante con inhibidores del CYP3A4 (ketoconazol, ritonavir, nelfinavir, itraconazol): máximo 5 mg/día.
PRECAUCIONES	Obstrucción clínicamente significativa de la salida vesical, trastornos obstructivos gastrointestinales, hiperactividad del detrusor por causa neurogénica, neuropatía autónoma, hernia de hiato, reflujo gastroesofágico, y/o que estén en tratamiento con bifosfonatos (esofagitis). Riesgo de motilidad gastrointestinal disminuida. Valorar otras causas de micción frecuente (insuficiencia cardíaca o enfermedad renal) antes de iniciar tratamiento. No recomendado en niños.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad, hemodiálisis, Insuficiencia Hepática grave, Insuficiencia renal grave o Insuficiencia hepática moderada en tratamiento simultáneo con un inhibidor potente de CYP3A4, retención urinaria, trastornos gastrointestinales graves, miastenia gravis o glaucoma de ángulo estrecho.
INTERACCIONES	Efecto disminuido por agonistas de receptores colinérgicos. Reduce efecto de metoclopramida y cisaprida.
EMBARAZO/LACTANCIA	No se disponen de datos. Debe evitarse su uso.
CAPACIDAD DE CONDUCCION	Dado que, al igual de otros anticolinérgicos, puede provocar visión borrosa, somnolencia y fatiga, la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente.
REACCIONES ADVERSAS	Visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento, náuseas, dispepsia, dolor abdominal.

Tabla5

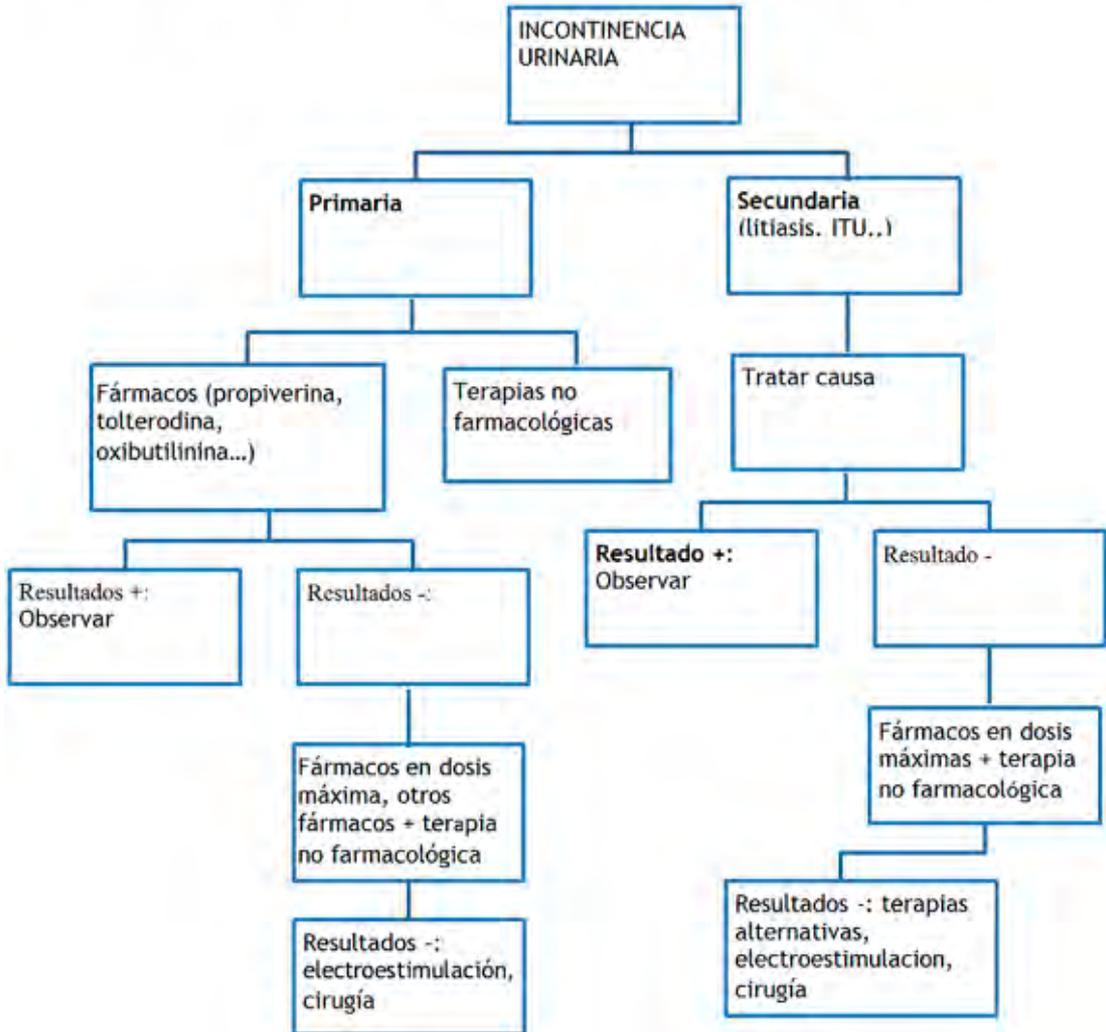
TROSPIO	
NOMBRE COMERCIAL	<i>Uraplex</i>
MECANISMO DE ACCION	Anticolinérgico con efecto predominantemente antimuscarínico periférico. Disminuye el tono contráctil del músculo liso de los aparatos gastrointestinal y genitourinario.
INDICACIONES	Incontinencia urinaria por vejiga inestable, excluyendo incontinencias de esfuerzo. Tratamiento sintomático de la incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y urgencia en pacientes con vejiga hiperactiva.
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	Comprimidos y grageas orales de liberación normal o prolongada. Administrar antes de las comidas y con el estómago vacío.
POSOLÓGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos de liberación inmediata: 20 mg/12hs. • Comprimidos de liberación prolongada: 60 mg/24hs, <p>OJO: Insuficiencia renal grave: 20 mg/24hs o en días alternos Reevaluar cada 3-6 meses</p>
PRECAUCIONES	Insuficiencia hepática y renal leve-moderada, estenosis pilórica, obstrucción del flujo urinario, neuropatía vegetativa, hernia hiatal acompañada de esofagitis por reflujo. Puede aparecer trastornos de acomodación visual.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad, retención urinaria, afección gastrointestinal severa (incluyendo megacolon tóxico), miastenia gravis, glaucoma de ángulo estrecho, taquiarritmia. Niños < 12 años.
INTERACCIONES	Potencia efecto anticolinérgico de amantadina, antidepresivos tricíclicos, quinidina, antihistamínicos, disopiramida. Potencia efecto taquicardizante de β-simpaticomiméticos.
EMBARAZO/LACTANCIA	No se dispone de estudios. Usar con precaución
CAPACIDAD DE CONDUCCION	Los trastornos de la acomodación pueden disminuir la capacidad para conducir y para manejar maquinaria
REACCIONES ADVERSAS	Sequedad de boca, dispepsia, estreñimiento, empeoramiento del estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas; sequedad nasal.

Tabla6

MIRABEGRON	
NOMBRE COMERCIAL	Betmiga
MECANISMO DE ACCIÓN	Agonista potente y selectivo del receptor beta 3 adrenérgico. Potencia la función de llenado de la orina estimulando los receptores beta 3 adrenérgicos en la vejiga.
INDICACIONES	Tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia que puede producirse en personas con síndrome de vejiga hiperactiva
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	Oral, con líquido, debe tragarse entero sin masticar, partir ni machacar.
POSOLOGÍA	50 mg/día.
PRECAUCIONES	Insuficiencia renal y hepática, HTA, antecedentes de prolongación del intervalo QT. Niños < 18 años no se dispone de datos. No hay datos en enfermedad renal en fase terminal o en pacientes que requieren hemodiálisis, no se recomienda su uso.
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad a mirabegrón.
INTERACCIONES	Retarda la eliminación de tioridazina, antiarrítmicos Tipo 1C (como flecainida, propafenona) y antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina).
EMBARAZO/LACTANCIA	Se excretapor la leche. No se recomienda su uso.
REACCIONES ADVERSAS	Infección tracto urinario; taquicardia.

Figura 1

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consentimiento Informado y Planificación Anticipada de Decisiones. A propósito de un paciente oncológico terminal mal informado

Lucena León M^ªI¹, Frutos Muñoz L², Orcera López MJ³

1Médico de Familia. UGC El Valle. Jaén

2MIR de 4º año de MFyC. UGC El Valle. Jaén

3MIR de 2º año de MFyC. UGC El Valle. Jaén

CORRESPONDENCIA

M^ª Isabel Lucena León

E-mail: maribellucenaleon@hotmail.com

Recibido el 10-09-2018; aceptado para publicación el 08-11-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 160-169

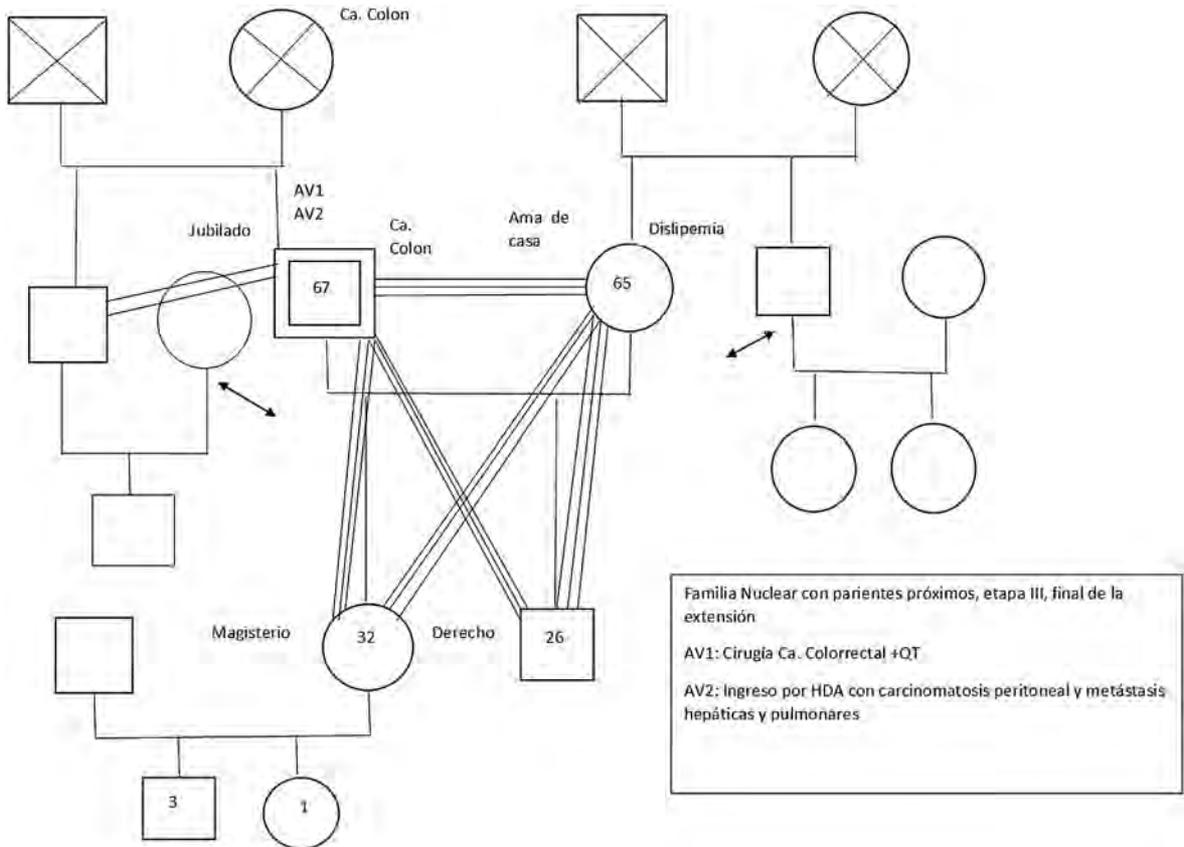
CASO CLÍNICO

Varón de 67 años diabético e hipertenso, diagnosticado en 2011 de cáncer colorrectal con buena respuesta a cirugía y quimioterapia adyuvante con XELOX. Realiza revisiones semestrales en oncología y en diciembre de 2014 lo diagnostican de carcinomatosis peritoneal tras ingreso por ascitis, siendo tratado nuevamente con quimioterapia FUOX. que debe suspenderse en mayo de 2015 por pancitopenia severa. Su mujer preocupada por su marido acude a consulta del médico de familia para ver los resultados de las pruebas que le ha pedido el oncólogo ya que no tiene cita de revisión hasta dentro de un mes y el oncólogo le ha animado a que recoja dicho resultado en la consulta de su médico. El médico conoce al paciente y a su mujer desde hace años. Se trata de una familia nuclear con parientes próximos en estadio 3, final de la extensión del ciclo vital familiar (figura 1). Su mujer es la cuidadora principal. El informe del TAC evidencia la presencia de carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas

y pulmonares, lo que obliga al médico de familia a explicar que el informe no es demasiado óptimo y revela datos que sugieren empeoramiento de su enfermedad. La mujer llora ante la comunicación de esta mala noticia, en oncología no le han dicho que estuviera tan grave.

Cuando el oncólogo lo ve al mes siguiente niega dicha situación y el paciente continúa con quimioterapia. En una visita posterior, la mujer del paciente se lo comunica a su médico haciéndole saber que su marido no se encuentra en situación terminal y que el tratamiento lo va a mejorar. Él prefiere guardar silencio ante esta situación. En octubre de ese mismo año, el paciente ingresa por un cuadro de hemorragia digestiva alta con gastropatía hipertensiva, hipertensión portal y varices digestivas grado 4/5 con gran deterioro funcional: pérdida de peso importante, anorexia, astenia, debilidad que le impide caminar. El oncólogo deriva al paciente a cuidados paliativos e informa a la familia de su situación terminal. La mujer acude de nuevo

Figura 1. Genograma



a la consulta de su médico de familia. Ahora sí es consciente de que su marido se va a morir. Se plantea hablar con el marido y ofertar la planificación anticipada de las decisiones en colaboración con la enfermera gestora de casos. La consulta conjunta se realiza en el domicilio del paciente, el 27 de octubre, y el 31 de noviembre el paciente fallece.

- ¿Se realizó obstinación terapéutica a pesar de que los resultados de las pruebas orientaban a una situación incurable?
- ¿Se ofreció en el momento adecuado al paciente la realización de la planificación anticipada de las decisiones (PAD) y registro de voluntad vital anticipada (VVA)?
- ¿Cuál es nuestra misión como médicos de familia?

CUESTIONES A PLANTEAR

- ¿Se actuó de forma correcta con este paciente y su familia?
- ¿Informó el oncólogo del pronóstico de la enfermedad a lo largo de todo el proceso con los cambios clínicos que fueron surgiendo? ¿Podemos decir que hubo conspiración del silencio entre el oncólogo y la familia?

COMENTARIOS AL CASO CLÍNICO

El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada para el conocimiento del paciente y de su familia, tanto de sus procesos de enfermedad aguda o crónica, como de aquellas situaciones de la vida que, aun no siendo enfer-

edad, causan sufrimiento en el paciente y su familia. Y esta atención centrada en el paciente¹, debe pretender:

- Atender las necesidades de la persona e incorporarla activamente al proceso de la consulta.
- Completar el método clínico (explora el síntoma/enfermedad, la dolencia y el sufrimiento).
- Promover la colaboración, considerar al paciente como persona: la explicación del proceso es personalizada (adaptada al contexto de ese paciente).
- Promover actitudes y conductas empáticas por parte del profesional, implicando al profesional en el proceso de ayuda, no sólo como observador imparcial.

Este caso concreto se trata de un paciente al final de su vida. En esta situación clínica el médico de familia debe desarrollar un currículum básico para atender las necesidades de estos pacientes terminales (Borrell,2005):

- Comunicar malas noticias.
- Informar sobre la situación y su evolución.
- Capacidad de generar diálogo e implicar al paciente en la toma de decisiones. Consentimiento informado y testamento vital.
- Habilidades en el abordaje de la familia y del cuidador principal.
- Preparar al paciente y a la familia para la agonía.
- Cuidar a la familia después de la pérdida.

De igual manera quedan recogidos, en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en su apartado 9.2.8, los objetivos de aprendizaje en la atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador².

1. Identificar las complicaciones biológicas de los pacientes con enfermedad en fase terminal.

2. Identificar los problemas psicosociales.
3. Adquirir las habilidades para el control de las complicaciones biológicas.
4. Adquirir las habilidades para la comunicación con el paciente y familia.
5. Adquirir las habilidades para la programación - organización de los cuidados en el domicilio.
6. Coordinar la atención al paciente terminal, al duelo y a la cuidadora/cuidador con profesionales de enfermería y trabajo social.
7. Coordinar recursos sociosanitarios del Área de Salud.

Así pues, uno de nuestros primeros pasos debe ser informar al paciente del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad a lo largo de todo su proceso, siempre y cuando el paciente quiera ser informado. La práctica del consentimiento informado (C.I.) debe ser esencial en la actividad asistencial diaria, centrada en el paciente y orientada, a la promoción del autocuidado de la población asignada para que, sabiendo qué les ocurre, sepan qué hacer para mejorar su salud, qué complicaciones pueden surgir, qué riesgos asumen en sus decisiones, qué posibilidades terapéuticas existen, etc..

El artículo 3 de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente³ define el C.I. como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Además de esta ley, en los Centros del Sistema Sanitarios Público Andaluz, la ORDEN de 8 de julio de 2009, dicta instrucciones en relación al procedimiento de Consentimiento Informado⁴

La Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos⁵ hacen referencia a la relación que se establece entre médico y paciente basada en la mutua confianza, en el conocimiento de sus necesidades, circunstancias y dudas que el profesional resuelve ya que asume que debe proporcionar

la información necesaria y con antelación para que el paciente pueda reflexionar y decidir, entre las distintas opciones que se le plantean, aquella que cree que es mejor para él, teniendo derecho a rechazar una opción y elegir una distinta a la que se oferta como ideal.

El C.I. no es entregar un formulario que el paciente firme, sino informar, verbalmente, de posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas, ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, así como, de las consecuencias de no hacer nada (limitación del esfuerzo terapéutico que evita el encarnizamiento terapéutico), quedando registrado en la historia del paciente⁶. Debemos tener en cuenta hasta dónde quiere saber dicho paciente para evitar el encarnizamiento informativo. En situaciones de gravedad y de mal pronóstico es fundamental informar con gran delicadeza evitando hacer daño al paciente y/o su familia⁷. Estamos obligados a evitar en nuestra actuación médica tanto la obstinación como el abandono terapéutico. Las causas de obstinación pueden incluir, entre otras, las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo en el que socialmente vivimos, la falta de formación de los profesionales o la demanda del enfermo y/o la familia. Esto implica explorar problemas, sentimientos, emociones y esperar a que el paciente y/o su familia estén preparados para solicitar ayuda concreta del profesional y éste, con su saber estar, procure serenidad para disminuir el sufrimiento (silencio terapéutico) y la angustia vital.

La conspiración del silencio se define como el acuerdo implícito o explícito por parte de los familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultar el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación⁷. La información es un derecho del paciente que es el protagonista de todo su mundo vital y sin información ni puede ejercer un consentimiento informado para las decisiones terapéuticas ni podrá asumir esta situación vital tan decisiva que está viviendo y a partir de la cual poder realizar su voluntad vital anticipada.

Este caso también nos hace reflexionar sobre la etapa final de la vida, la muerte, cómo enfrentarnos a ella, tanto desde el punto de vista personal, como desde el punto de vista de un médico de

familia que debe ayudar al paciente y a su familia a conseguir que, lo mismo que vive una vida con calidad y dignidad, tenga una muerte, el final de su vida, con calidad y dignidad. Y así queda recogido en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte de Andalucía⁸: *"Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración, Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separado de aquello como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna"*.

Y puesto que morir dignamente supone vivir dignamente hasta el último momento, debemos respetar las creencias y valores del paciente y favorecer su participación en la toma de decisiones capaces e informadas, a través de una relación médico-paciente basada en la sinceridad, honestidad, calidez, ternura, e incluso, cariño. Proporcionar una atención integral donde es fundamental tanto, el control de los síntomas como, el abordaje de problemas psicológicos, sociales y espirituales, del paciente y de su familia. El paciente necesita apoyo de su familia y saber la situación en la que está para que decida qué y cómo quiere afrontar este tramo final de su vida⁹.

Esta valoración integral debe evaluar la totalidad de las dimensiones de la persona mediante la empatía y escucha activa, comprendiendo sus dudas, miedos, deseos, emociones, respetando y apoyando sus decisiones.

Uno de los aspectos importantes a valorar, en el contexto de este abordaje integral, es el de la espiritualidad, que no debe confundirse, con el de religión, por lo que no debe excluirse este aspecto en un sistema sanitario laico y/o por profesionales laicos¹⁰. La espiritualidad es una dimensión básica de cualquier persona. Independientemente de la existencia o no, de credo religioso, el ser humano necesita respuestas a cuestiones existenciales esenciales sobre su existencia: sentido de la vida, de dónde, venimos, a dónde vamos, apporto algo valioso a la vida o a los demás.

Por eso un médico de familia, si desea abordar la terminalidad en sus pacientes desde una valoración integral, debe tener en cuenta el abordaje de estas cuestiones, independientemente de sus propias creencias personales. El cuestionario GES puede ayudar en la valoración de esta dimensión tan íntima de las personas¹¹.

Como ayuda podemos utilizar instrumentos que nos faciliten esta valoración integral (anexo 1)¹².

La valoración de todas estas dimensiones de la persona además nos va a facilitar el poder ofrecerle a nuestro paciente la planificación anticipada de decisiones (PAD).

Gracias a la Ley 2/2010 y, dentro de la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), surge la Guía para profesionales de la Junta de Andalucía de la Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD)¹³y, formando parte de ésta, la declaración de Voluntad Vital Anticipada (VVA), mediante la cual, una persona capaz e informada, y de forma voluntaria, realiza un proceso de deliberación, junto a los profesionales sanitarios que lo atienden, acerca de valores, deseos, y preferencias de la atención sanitaria que quiere recibir en el periodo final de su vida. El marco jurídico de referencia de la PAD se recoge en la tabla 2.

La PAD puede ofrecerse de forma reactiva o proactiva. Según esta guía debería ofrecerse de forma proactiva a cualquier persona en el momento de abrirle su historia clínica y está especialmente indicada en:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con expresión reiterada de miedos y preocupaciones acerca del futuro.
- Personas muy controladoras o muy celosas de sus espacios de decisión.
- Pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.
- Pacientes de cualquier edad que manejan con gran dificultad la incertidumbre.
- Personas afectas de enfermedades con evolución fatal previsible o muy probable: en-

fermedades neurodegenerativas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, demencias en fase inicial), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar), enfermedades oncológicas enfermedades renales crónicas, enfermedades cardiovasculares con mala evolución.

- Pacientes con cualquier enfermedad que produzca alto grado de dependencia o discapacidad.
- Pacientes en situación terminal.

Son intervenciones claves de la PAD:

1. Evaluar la disponibilidad a iniciar un proceso de PAD.
2. Sensibilizar y motivar sobre la conveniencia de hacer PAD.
3. Clarificar valores y preferencias generales.
4. Explorar preferencias y tomar decisiones clínicas concretas.
5. Sugerir la elección de una persona como su representante.
6. Introducir la conveniencia de cumplimentar una VVA.
7. Impulsar el diálogo con la persona representante y los seres queridos.
8. Registrar en la historia clínica.
9. Ayudar a cumplimentar la VVA.
10. Revisar periódicamente junto con la persona.

En el caso de nuestro paciente, mayor de 75 años con enfermedad oncológica y terminal cumple los requisitos para abordar la PAD de forma proactiva, abierta y franca en el contexto clínico de un proceso asistencial de calidad. Se le oferta un mes antes de su muerte y no es rechazada por parte del paciente.

La guía también recoge las ventajas que supone la realización de procesos de PAD para el paciente,

Tabla 1. Dimensiones de la persona y su valoración

Dimensión	Aspectos a valorar	Escalas o Instrumentos de medida
Dimensión Física-Biológica	Antecedentes personales Funcionalidad-Dependencia Nivel cognitivo Valoración de los síntomas	Historia clínica Í. Karnofsky, Í. Barthel Test de Pfeiffer, Minimental ESAS-r (v.e.)
Dimensión Psicológica-Emocional-Afectiva	Trastornos emocionales Reacciones de adaptación a la enfermedad Grado de información Capacidad de decisión	Escalas de Ansiedad – Depresión DSM IV, CIE-10 Fases del duelo de Kübler Ross Protocolo de Mala Noticia de Buckman Cuestionario ACE (v.e.)
Dimensión Social	Estructura Familiar Capacidad de adaptación Cuidador Red social /Apoyo y recursos familiares	Genograma. Ciclo vital familiar. Apgar familiar Escala de reajuste social de Holmes y Rahe Test Apgar II, Cuestionario MOS, Escala de DUKE- UNC
Dimensión Espiritual	Espiritualidad personal Implicación para el cuidado Planificación anticipada de decisiones. Testamento vital	Cuestionario GES ¹⁶ Guía Planificación Anticipada de Decisiones del SSPA

Tabla 2. Marco jurídico de referencia de la planificación anticipada de decisiones

España
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 15/11/2002
Andalucía
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de voluntad vital anticipada. BOJA nº 210 de 31/10/2003 • Ley orgánica 2/2007 de 19 de marzo de reforma del estatuto de autonomía para Andalucía. BOJA nº 56 de 20/3/2007 • Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte. BOJA nº 88 de 7/5/2010 • Decreto 59/2012 de 13 de marzo por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía. BOJA nº 59 de 26/9/2012

su representante, su familia y el equipo sanitario que lo asiste y que se adjuntan en la tabla 3

En nuestra atención al paciente terminal además tenemos que contar y apoyar a la familia,

identificar a la cuidadora o cuidador principal, no sólo por ser un recurso para nuestra actividad, sino porque debemos prestar atención a sus necesidades y facilitar la expresión de sus emociones y sentimientos (confusión, tristeza,

ira, culpabilidad), dudas respecto a los cuidados de su familiar enfermo, necesidades de información y de reorganización de la estructura y funcionamiento familiar, evitando la sobrecarga del/de la cuidador/a, felicitando su buen hacer y saber estar y aportando serenidad a medida que avanza la enfermedad para reducir su dolor emocional y angustia vital¹⁴.

La familia se enfrenta durante todo este proceso de enfermedad a una serie de cambios que debe afrontar y superar. El equipo de atención primaria debe estar disponible para apoyar y ayudar a que la familia pueda lograrlos¹⁵:

- Mantener el funcionamiento normal del hogar.
- Desarrollar una buena comunicación con el enfermo.
- Aceptar los síntomas del paciente, su creciente debilidad y dependencia.
- Satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente.
- Redistribuir las funciones que realizaba el enfermo.
- Aceptar apoyos para cuidarle.
- Mantener un equilibrio emocional.
- Ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y a despedirse.

Agradecimientos

A mi compañero Alejandro Pérez Milena por su apoyo.

Conflicto de interés

Los autores declaran la no existencia de conflicto de interés en la realización del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobrino López A. Comunicación con el paciente al final de la vida: procurando el bienestar, reduciendo

el sufrimiento. AMF. 2010;6(3):134-141. URL: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=43

2. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, 17 de enero de 2005.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.
5. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Grupo de trabajo "Atención médica al final de la vida". Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
6. Simón Lorda P, Melguizo Jiménez M, Ceballos Burgos P. El consentimiento informado en Medicina de Familia. AMF. 2015;11(8):447-455.
7. Decálogo del consentimiento informado. OMC.
8. Barbero J. El derecho del paciente a la información. El arte de comunicar. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 Supl 3:19-27. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original2.pdf>
9. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
10. Simón Lorda P. Medicina de Familia al final de la vida. Mapa y territorio de la atención al morir. AMF. 2017;13(6):312-319.
11. Galiana L, Oliver A, Barreto P. Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual. Monografías SECPAL. 2014; (6): 131-145. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20secpal.pdf>
12. Lama Gay M. Valoración integral. Saber qué pasa, para saber qué hacer. AMF. 2014;10(5):243-247
13. Planificación Anticipada de las decisiones. Guía para profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía (2013).
14. Garzón Rodríguez C, Martínez Losada E, Julia Torras J, González Barboteo J, Maté Méndez J, Ochoa Arnedo C, et al. Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de cuidados paliativos: Proyecto ICO-Tool Kit. Med Pal. 2010;17(6):348-59.
15. Vidán Martínez L, Aldamiz-Echevarría Iraúrgui B, Amor Pan JR. Morir dignamente. AMF. 2008;4(3):136-142.
16. Benítez-Rosario MA, Salinas Martín A, Martín Ortega JJ, Martínez Del Castillo LP. Valoración multidimensional del paciente y su familia. Aten Primaria. 2002;29(4):237-40.

Tabla 3. Ventajas de la realización de procesos de la planificación anticipada de decisiones

PARA EL/LA PACIENTE	<p>Le permite apropiarse de su proceso de toma de decisiones y convertirse en su eje y centro</p> <p>Facilita la expresión de dudas y aclaración de preocupaciones</p> <p>Aumenta la percepción de control, al darle más seguridad de que sus deseos serán respetados</p> <p>Ayuda a reducir la angustia</p> <p>Disminuye la sensación de indefensión e incertidumbre</p> <p>Fomenta la percepción de ser respetado/a por el personal sanitario</p> <p>Favorece la relación y comunicación con el/la profesional</p> <p>Facilita la comunicación con sus seres queridos de la carga de tener que tomar determinadas decisiones, previniendo posibles sensaciones de culpa</p> <p>Facilita la expresión libre y franca de sentimientos</p>
PARA EL/LA REPRESENTANTE	<p>Le permite tener más claros los deseos y preferencias de la persona a la que representa</p> <p>Facilita la comunicación con el personal sanitario</p> <p>Disminuye su angustia ante la incertidumbre que las decisiones que tendría que tomar por su representado/a</p> <p>Aumenta su empatía con la persona representada</p> <p>Lo empodera más como representante en caso de conflicto con el resto de la familia</p> <p>Facilita la expresión de sentimientos entre todos</p> <p>Incrementa la sensación de haber hecho lo correcto lo que atenúa posibles sentimientos de culpa</p> <p>Facilita el posterior proceso de duelo: prevención del duelo patológico</p>
PARA EL/LA PROFESIONAL SANITARIO/A	<p>Es buena práctica clínica que contribuye a cumplir los fines de la profesión sanitaria</p> <p>Proporciona mayor seguridad ética y jurídica</p> <p>Favorece la relación y comunicación con su paciente</p> <p>Proporciona un marco de referencia más claro para la toma de decisiones al disminuir la incertidumbre sobre lo que debe o no hacerse. Puede disminuir la complejidad de la toma de decisiones</p> <p>Ayuda a prevenir conflictos con la familia o la persona representante</p> <p>Disminuye la angustia y la posible sensación de culpa</p> <p>Facilita la toma de conciencia y afrontamiento de la muerte</p>
PARA EL CENTRO SANITARIO	<p>Contribuye a que el centro realice una asistencia integral de calidad conforme a los valores del SSPA</p> <p>Ayuda a mejorar el clima del equipo asistencial en el proceso de toma de decisiones, al disminuir la angustia y la incertidumbre sobre lo que debe o no decidirse respecto al paciente incapaz</p> <p>Puede mejorar significativamente las relaciones entre pacientes, familiares, representantes y profesionales al disminuir la probabilidad de que se generen conflictos que pudieran acabar en demandas legales</p> <p>Proporciona mayor seguridad jurídica a la institución</p> <p>Contribuye a mejorar el uso eficiente de los recursos, ayudando a evitar casos de obstinación terapéutica por dificultades para establecer el mayor beneficio e la persona enferma</p>

Tabla 4. Cuestionario GES e instrucciones previas a su uso. Tomado de Galiana, L.; Oliver, A.; Barreto, P., 2014

Instrucciones de uso

El cuestionario busca crear un marco y una metodología que permitan explorar de forma ordenada y sistemática las posibles fuentes de satisfacción o necesidad espiritual. La actitud del clínico ha de ser la de escucha profundamente atenta, acogedora, respetuosa y afable.

Si no se ha creado aún un vínculo suficientemente cercano y/o terapéutico, se sugiere utilizar las preguntas abiertas iniciales, que facilitan un espacio de intimidad y un clima de serenidad que permiten explorar su mundo interior de forma guiada. Las preguntas

se pueden formular en ese orden y al ritmo que el paciente necesite para elaborar las respuestas.

Se intentan evaluar las necesidades y al mismo tiempo la experiencia y los recursos de la persona, tanto en el ámbito intrapersonal como en el interpersonal y en el transpersonal, reconociendo y validando lo que el paciente aporta, precisamente porque es su experiencia.

Es importante recordar al paciente que no hay respuestas correctas o incorrectas y que se exploran inquietudes y capacidades que pueden afectar a cualquier ser humano a lo largo de nuestra vida y que solemos afrontar. Lo importante es que la respuesta sea fiel a lo que él mismo experimenta.

Al presentarle el cuestionario de 8 afirmaciones, le pedimos que valore en qué medida se siente identificado con cada una de ellas y en qué grado, de menos a más.

Se le aclara también que el objetivo no es tanto buscar una categoría para cada respuesta, sino que estimulando el diálogo, el paciente pueda explorar, reflexionar y encontrar una respuesta intuitiva que puede ser una puerta de entrada al recurso o a la necesidad espiritual de cada persona, lo que al mismo tiempo puede ser acompañado, aceptado, reconciliado, transcendido, etc.

Preguntas abiertas iniciales para facilitar clima (optativas)

En estos momentos, en su situación actual...

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Qué es lo que más le molesta?
3. ¿Qué es lo que más le ayuda?
4. ¿En qué o en quien se apoya en situaciones de crisis?
5. ¿Qué le hace sentir seguro, a salvo?
6. ¿Qué es lo que más valora su gente de usted?

A la hora de responder al siguiente grupo de cuestiones, conviene recordar que prácticamente todas las personas, de una u otra manera, tenemos o hemos tenido en mayor o menor grado distintas preocupaciones o inquietudes o capacidades similares a las que se van a plantear, que nos importan y que vamos abordando a lo largo de la vida. Le pedimos que valore en qué medida se siente identificado/a con las siguientes afirmaciones (Nada, poco, bastante o mucho):

Tabla 4 (continuación)

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo				
He hecho en mi vida lo que sentía que tenía que hacer				
Encuentro sentido a mi vida				
Me siento querido por las personas que me importan				
Me siento en paz y reconciliado con los demás				
Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás				
A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas				
Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios...)				

SIN BIBLIOGRAFÍA

Cefalea holocraneal en el puerperio: a propósito de un caso

Vela Colmenero RM¹, Ruiz García MI¹, Jiménez Guerrero MD²

¹FEA Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Mengíbar (Jaén)

Presentamos un caso clínico de una paciente de 27 años sin antecedentes personales de interés, que en el sexto día post-parto, comienza con una clínica de cefalea holocraneal y sensación de mareo con fotofobia e inestabilidad de la marcha.

En el proceso de parto, recibió anestesia epidural y presentó un parto eutócico.

Acude a urgencias, y tras una primera valoración, ingresa en el área de observación con un dolor medido por la escala de Escala Analógica Visual (EVA) de 8 puntos.

La exploración neurológica inicial fue normal. La paciente se encontraba consciente y orientada en tiempo y espacio, presentaba una puntuación en la escala de Glasgow de 15 puntos, sin ninguna focalidad neurológica, unas pupilas isocóricas, mióticas y normorreactivas y un examen de fondo de ojo normal.

Hemodinamicamente estaba estable, con una tensión arterial de 120/ 80 mmHg, una frecuencia cardiaca de 78 lpm y una SatO₂ del 98%.

Tras iniciar tratamiento analgésico, se decide la realización de un TAC de cráneo urgente (imagen 1) en el que se observa:

- Aumento de calibre con hiperdensidad en el seno longitudinal superior, seno transversal y

CORRESPONDENCIA

Rosa María Vela Colmenero

E-mail: rosa_vela@hotmail.com

Recibido el 13-07-2018; aceptado para publicación el 25-09-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 170-172

sigmoide izquierdo, indicativo de trombosis de senos duros.

- Neumoencéfalo (burbujas aéreas a nivel de las astas frontales de los ventrículos laterales).

Dado los hallazgos en el TAC de cráneo, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Neurotraumatológico para monitorización y control de las posibles complicaciones.

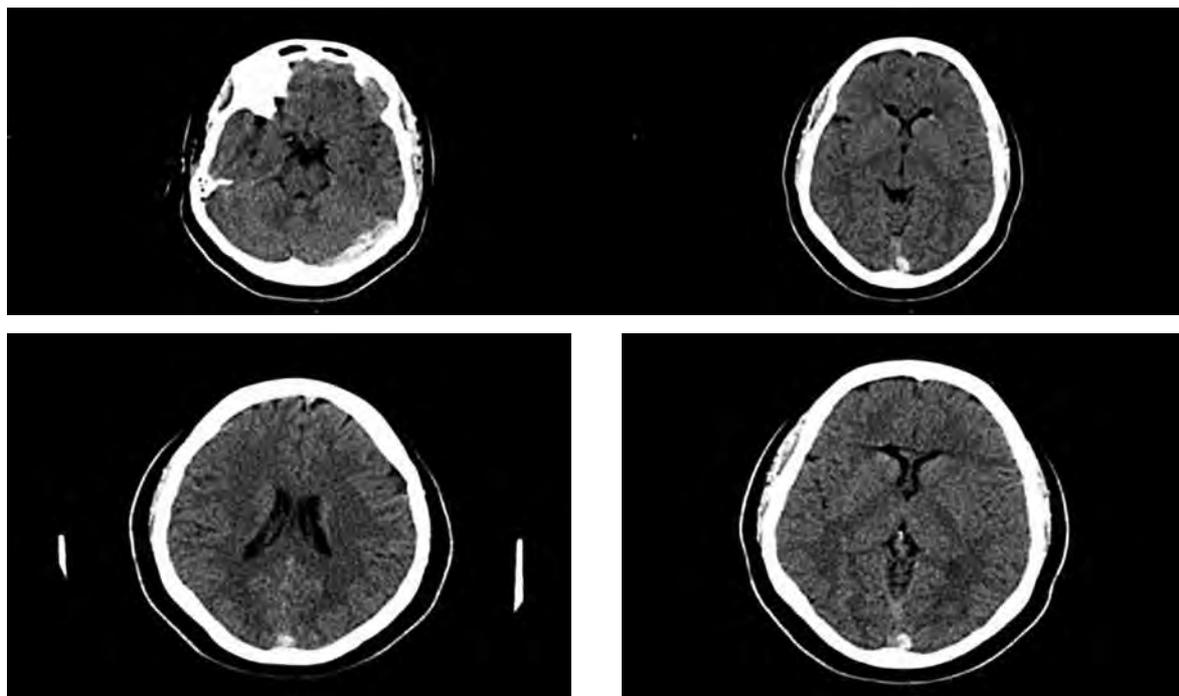
TRATAMIENTO

Medidas Generales

Las medidas generales estaban destinadas al control del dolor por un lado, iniciándose una perfusión continua de remifentanilo a dosis bajas, que tras 24 horas se pudo retirar y desescalar a una analgesia convencional, y por otro, al control de la Hipertensión Intracraneal (HIC), tomando las siguientes recomendaciones: cabecero elevado a 35° aproximadamente, oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros y vigilancia estrecha del nivel de conciencia.

No se inició tratamiento anticonvulsivo. Las crisis convulsivas se presentan en el 35% - 40%

Imagen 1. Tac de cráneo sin contraste iv



de los casos de TVC y no está indicado el tratamiento para su prevención.

Anticoagulación

Como tratamiento anticoagulante se administro Heparina Sódica, por vía endovenosa a una dosis inicial de 5.000 unidades y posteriormente una un perfusión continua a 1000 UI/h con controles de coagulación para lograr un tiempo de trombo-plastina parcial activada de 60 a 80 seg^{3,4}.

Evolución

Durante las 48 horas que la enferma estuvo ingresada en la UCI presentó una evolución favorable, sin complicaciones hemorrágicas. Para completar el estudio, se realizó una Angio-Resonancia Magnética Cerebral (imagen 2) en la que se confirmó el diagnóstico ya descrito:

- Trombosis del seno longitudinal superior, seno transverso y sigmoide izquierdo y seno recto.

- Neumoencéfalo: presencia de contenido aéreo en las astas frontales de los ventrículos laterales.

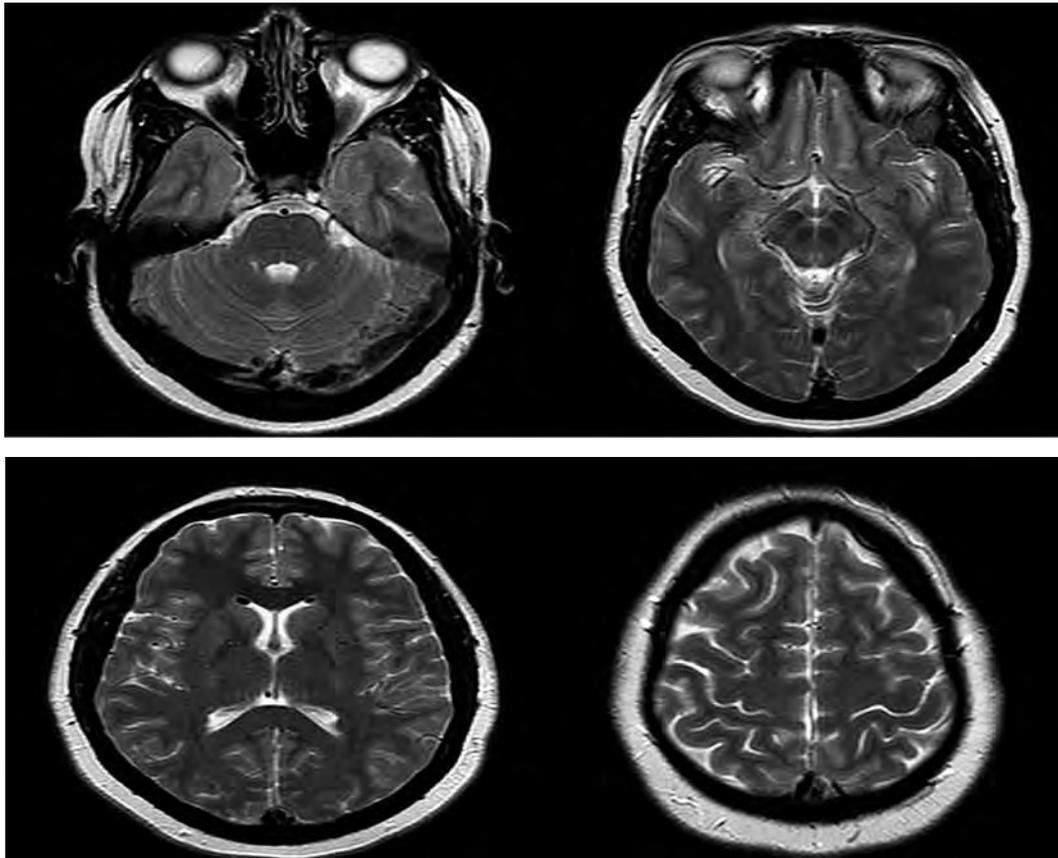
Posteriormente fue dada de alta a planta de Neurología para continuar su tratamiento, seguimiento y estudio hematológico.

Discusión

La Trombosis Venosa Cerebral y el Neumoencéfalo son dos entidades distintas, aunque tanto en una como en otra la cefalea puede ser el síntoma predominante. La trombosis venosa cerebral se relaciona etiopatogénicamente con el estado protrombótico del puerperio, mientras que el neumoencéfalo en nuestra paciente está relacionado con la anestesia epidural administrada durante el proceso de parto.

En este caso, la cefalea holocraneal e intensa se debe con más probabilidad a la TVC, ya que el neumoencéfalo produce una cefalea explosiva o "en trueno" en relación temporal con la anestesia epidural. Nuestra paciente comenzó con los síntomas al sexto días post-parto.

Imagen 2. Resonancia Magnética Cerebral



Con respecto al tratamiento anticoagulante, el uso de anticoagulante orales y heparina se fundamenta en revertir el proceso trombótico causal y en prevenir otras posibles complicaciones como el tromboembolismo pulmonar, que aparece hasta en un 11% de los pacientes.

Según la Guía Europea de Trombosis Venosa Cerebral se recomienda:

- Tratar a pacientes adultos con TVC aguda con heparina a dosis terapéuticas, con un nivel de recomendación moderado.
- Con respecto al tipo de heparina a utilizar (heparina de bajo peso molecular (HBPM) vs heparina no fraccionada (HNF)) se sugiere, con un grado de recomendación débil, la utilización de HBPM en lugar de HNF. Esta recomendación no se aplica a pacientes con una contraindicación

para HBPM (por ejemplo, insuficiencia renal) o situaciones en las que se requiere una reversión rápida del efecto anticoagulante (por ejemplo, pacientes que deben someterse a una intervención neuroquirúrgica).

Hasta ahora, no existe una indicación clara sobre qué tipo de heparina utilizar, si la heparina de bajo peso molecular (HBPM) o la heparina no fraccionada (HNF). En el estudio ISCVT la HNF se utilizó en tres cuartas partes de los casos. La principal ventaja en su uso se basa en que se puede revertir su efecto. Pero algunos centros prefieren el uso de HBPM ya que no requiere ajuste de dosis y ofrece una anticoagulación más estable.

En cualquier caso, una vez superado la fase aguda, lo que está indicado es el uso de anticoagulantes orales durante un periodo como mínimo entre 6 y 12 meses y manteniendo un INR entre 2,0 y 3,0.

SIN BIBLIOGRAFÍA

LoveDrug: cuando la diversión se convierte en fatalidad

Simão Aiex L¹, Morillas Fernández M^aL²

¹Médico de Familia. CS San Miguel.
Distrito Sanitario Costa del Sol

²Médico Especialista en Medicina Legal y Forense

CORRESPONDENCIA

Leticia Simão Aiex
E-mail: leticia.aiex@gmail.com

Recibido el 25-04-2018; aceptado para publicación el 25-04-2018
Med fam Andal. 2018; 2: 173-174

Varón de 24 años de edad, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, natural de Ceuta, que tras una noche de fiesta empieza con sensación de inestabilidad y temblor de miembros acompañado de sudoración profusa e inconsciencia en pocos minutos.

Es atendido por personal de urgencias extrahospitalarias, tras aviso de la policía, que lo encuentran inconsciente en la calle, arreactivo con única respuesta a estímulos dolorosos tipo retirada. Según refiere su hermano y amigos había consumido MDA y niegan consumo de otras sustancias tóxicas.

Exploración física y neurológica: Glasgow 3/15, pupilas midriáticas arreactivas. Tensión arterial 88/45. Glucemia capilar 138. Saturación de oxígeno 88%. Temperatura: 37,5°C. Electrocardiograma: taquicardia a 160 lpm de QRS ancho compatible con taquicardia ventricular. Se administra flumazenilo y naloxona sin respuesta.

A su llegada a hospital se canaliza vía central femoral derecha, se extrae analítica: leucocitosis, creatina quinasa 1908 U/L, osmolaridad plasmática ligeramente elevada, ácido láctico en sangre 18 mg/dl, troponina I 6,4 ng/mL, fallo renal agudo. Gasometría venosa: pH 7,031, pCO₂ 72,3 mmHg, Bicarbonato 19,1 mmol/L. Resto normal. En orina se detectan anfetamina, metanfetamina y metildioximetanfetamina.

Poco tiempo después entra en asistolia, iniciándose de forma inmediata medidas de RCP avanzada sin respuesta tras pasados 50 minutos, por lo que se da al paciente por muerto. Se le administra bicarbonato y adrenalina según pautas establecidas. Ecocardiograma periparada: asistolia con dilatación moderada de cavidades derecha, sin derrame pericárdico.

Se activa protocolo de muerte judicial contactando con juzgado de guardia.

La MDA (3,4-metilendioxianfetamina) es un metabolito de la MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina) -*éxtasis*- y gran responsable de la neurotoxicidad de ésta, ya que presenta una mayor potencia que MDMA. Fue sintetizada en 1910 probándose como antiparkinsoniano y comercializada como anorexígeno y antidepressivo.

En su diseminación recreacional fue denominada *LoveDrug* por sus efectos incitadores del contacto interpersonal, sociabilidad, empatía, euforia, sensación de autoestima aumentada, desinhibición, deseo sexual aumentado (experimentación subjetiva de intensificación en la experiencia sexual), locuacidad, inquietud, confusión. Sin embargo, puede producir hipertensión arterial, arritmias cardíacas, shock cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda, espasticidad muscular, y convulsiones.

La hipertermia es el efecto secundario más frecuente y temido entre los consumidores, y es conocida, entre estos, como “golpe de calor”, por lo que ingieren grandes cantidades de agua incluso llegando a producir hiponatremia secundaria. También se han descrito síntomas psiquiátricos como ansiedad, agitación, psicosis y depresión además de hiperactividad simpática que se podrían controlar con benzodiazepinas orales, sublinguales o por vía parenteral (midazolam o diazepam). Si presenta estado psicótico reactivo se debe valorar la contención física así como el uso de neurolépticos tipo olanzapina o risperidona. Los efectos neurotóxicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico cerebrales pueden explicar el desarrollo de enfermedad de Parkinson en edades tempranas o déficits neurológicos tempranos.

La vía de administración es oral y las dosis de consumo habituales rondan entre 60 y 100 mg por toma y su efecto dura aproximadamente 8 horas. Las dosis superiores a 150 mg son tóxicas.

Se han descrito casos de muerte por consumo excesivo de MDMA y sus análogos, hipertermia maligna y complicaciones cardiovasculares. Pese a ello, y dado al amplio consumo, principalmente desde año 2000, se cree que tienen un perfil se-

guro con una prevalencia de 5 muertes/100000 consumidores.

No existe antídoto y el tratamiento será sintomático con medidas generales de soporte, prestando atención a la temperatura, control iónico y reposición hídrica. Se debe monitorizar la diuresis por el alto riesgo de desarrollar insuficiencia renal aguda; y pese a que se trata de una base débil y la diuresis forzada ácida incrementaría la eliminación de la sustancia (MDMA), esta está desaconsejada porque también aumenta la precipitación de mioglobina causada por la rhabdomiolisis lo que puede provocar fracaso renal agudo.

Si el tiempo desde la ingesta es inferior a 2 horas estaría indicada la descontaminación digestiva con una dosis de carbón activado (30-50g). El lavado gástrico es una alternativa y/o complemento al carbón activado sobre todo si el paciente ha convulsionado o tiene alteración del nivel de consciencia.

Así, en casos de sospecha de intoxicación por este tipo de sustancias, es primordial que exista una actuación rápida y coordinada de los profesionales, con ingreso en UCI sin demora a fin de evitar desenlaces fatales.

ARTÍCULO ESPECIAL

Intervenciones no farmacológicas en el cuidador informal del paciente oncológico por el personal sanitario

Adamuz García AM¹, Juárez Jiménez M²V²,
Sánchez Rivera A³

¹Enfermera Atención Primaria. Centro de Salud Porcuna (Jaén)

²Médico de familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

³Enfermera Atención Primaria. Consultorio Bélmez de la Moraleda (Jaén)

CORRESPONDENCIA

Ana María Adamuz García
E-mail: amadamuzgarcia@gmail.com

Recibido el 24-10-2018; aceptado para publicación el 8-11-2018
Med fam Andal. 2018; 2: 175-179

Actualmente el cáncer es la segunda causa de mortalidad en España y la primera causa entre los 35 y 64 años¹. La incidencia de cáncer según la Sociedad Española de Oncología Médica:

- En los hombres, los tumores más frecuentes son el cáncer de próstata y de pulmón. Seguidos por el cáncer colorrectal y finalmente el cáncer de vejiga. Constituyen los 4 tumores más del 80% del total de cánceres en este sexo.
- En mujeres, el cáncer de mama es el tumor más frecuente (25%), seguido del cáncer de colon y pulmón.
- Respecto a la mortalidad (por orden de mayor a menor):
 - En hombres: pulmón, colorrectal y próstata.
 - En mujeres: mama, colorrectal y pulmón.

Al aumentar la incidencia de cáncer, aumenta la dependencia de los pacientes y la demanda de cuidadores informales².

Se llama cuidador a la persona encargada de realizar cada una de las tareas que necesite el paciente. Existen dos *tipos de cuidadores*:

- **Formales**, personas contratadas para cuidar del paciente sin tener vínculo sentimental o de parentesco con él.
- **Informales** (familiares, amigos y vecinos del paciente) poseen vínculo familiar o emocional con el enfermo y por esta razón se encargan de cuidar y satisfacer las necesidades de su ser querido.

Los cuidadores informales de pacientes con cáncer están expuestos a una serie de alteraciones emocionales, físicas y psicológicas, que son similares a las de la persona a la que cuidan (el cáncer afecta a la persona que tiene la enfermedad, a su entorno familiar y a su cuidador)³. Si un paciente presenta diversos síntomas (angustia, dolor, miedo...) también los puede sentir el cuidador informal e incluso de intensidad mayor⁴.

La relación paciente-cuidador comienza con el diagnóstico de la enfermedad, el paciente experimenta cambios en su vida a nivel social, física y psicológica, y el cuidador realiza su función dando apoyo al enfermo, intentando disminuir la angustia emocional, miedo, desesperanza, ira... Esta doble afectación que produce la enfermedad se debe a que el cuidador informal es el punto de apoyo para el enfermo, la persona que está continuamente con él, ayudándole en cada una de sus necesidades y realizando cada una de las actividades que precise el paciente por ese vínculo emocional que se establece entre ambos.

En las intervenciones para mejorar la salud del paciente, es conveniente atender a los cuidadores informales; si sólo se trata al enfermo, las intervenciones no llegan a ser tan efectivas en la disminución de los síntomas, como si se hacen conjuntamente (la atención integral del paciente incluye la atención de las necesidades psicosociales de sus cuidadores informales)⁵. Cuando un cuidador no está completamente motivado o se encuentra con un estado de ánimo negativo, puede llegar a afectar al paciente (si el apoyo del enfermo se altera, repercute en el estado de salud del paciente). Las intervenciones no farmacológicas mejoran el estado de salud de los cuidadores, la continuidad de los cuidados y la vida de ambos.

La importancia de las intervenciones no farmacológicas en cuidadores informales de enfermos oncológicos radica en que cada vez es mayor la cantidad de cuidadores que atienden a sus familiares en el domicilio (aumenta la atención domiciliaria y ambulatoria), lo que conlleva a los profesionales sanitarios a ofertar métodos para preparar y capacitar a éstos en desarrollar los cuidados de manera correcta, mejorando la calidad de vida de ambos y disminuyendo la ansiedad, depresión y carga de cuidado en el cuidador.

La salud del cuidador se afecta por las responsabilidades de cuidado del paciente y la falta de información; desencadenando episodios de angustia y estrés y disminuyendo la calidad de vida del cuidador conforme va aumentando el estado de ánimo negativo (carga de cuidado, ansiedad y depresión). La calidad de vida del cuidador informal es muy importante, ya que el mantenimiento de ésta es fundamental para conseguir un buen estado de salud en el enfermo.

Habitualmente, los cuidadores informales de pacientes oncológicos aportan un promedio de 8 horas de asistencia diaria de cuidado, en casos en los que el paciente no es totalmente dependiente⁶. Tiene que manejar los síntomas del paciente, apoyarlo emocional y espiritualmente para conseguir una buena autoestima, realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y mantener un grado de comunicación y atención adecuada con el personal sanitario.

El cuidador informal se encarga de las necesidades del paciente (en la esfera personal y social), y esto hace que el cuidador pierda sus relaciones y se deteriore su salud física y mental, sus relaciones y las actividades sociales (se sienten emocionalmente obligados a responder a cada una de las necesidades del enfermo). Estos cambios llevan a que disminuya su calidad de vida favoreciendo la aparición de consecuencias negativas del cuidado (depresión, ansiedad y carga del cuidador relacionadas entre ellas y a la vez con la calidad de vida).

La carga del cuidador surge como consecuencia de la actividad de cuidado y es responsable del mayor impacto negativo del cuidado; se asocia con la depresión y la ansiedad de forma directamente proporcional⁷. La carga de cuidado puede ser modificable si se aplican intervenciones que mejoren las necesidades y el estado de salud del cuidador, mejorando así la calidad de vida de éste.

Otras de las variables fundamentales que surgen del cuidado del enfermo oncológico son la depresión y la ansiedad, muy frecuentes en situaciones de atención al paciente terminal. Los cuidadores informales con ansiedad, depresión y sobrecarga de cuidado se vuelven incapaces de ayudar a los pacientes con cáncer para su mejora del estado de salud, produciendo un malestar aún mayor en éstos⁸. A medida que avanza el estadio de cáncer se van produciendo episodios de depresión y ansiedad más complejos de controlar, con el empeoramiento del cáncer, la situación del paciente se vuelve más crítica y por lo tanto aumentan los trastornos psicológicos en los cuidadores informales. Al mismo tiempo, cuando un cuidador experimenta un incremento de ansiedad, aumenta su incapacidad para un cuidado efectivo y correcto. La tarea del cuidado afecta de diversas formas al responsable de éste, el campo

de mayor coste y el que se ve más afectado es el psicológico (es donde se producen las mayores consecuencias de estas responsabilidades⁹). La prevalencia de depresión en los cuidadores alcanza un porcentaje aproximado de 60-70%, y la ansiedad un 40-50%¹⁰.

Si un cuidador no está preparado para realizar la tarea tan amplia como es el cuidado, por falta conocimientos o carencia de habilidades, hace que no sea efectiva y que aparezcan los trastornos psicológicos. La falta de preparación hace difícil el enfrentamiento adecuado de las situaciones, produciendo diversos efectos negativos en los cuidadores y en el paciente. Sin embargo, si se dispone de una capacitación y una formación que incluya globalmente los requisitos para un cuidado idóneo, los niveles de ansiedad, depresión y carga del cuidado disminuyen considerablemente¹¹. El incidir en las necesidades del cuidador informal (aportando apoyo, información, conocimientos...) favorece a éste y se obtienen resultados positivos en el paciente¹². En el tratamiento a un paciente, se debe incluir al cuidador (atención integral).

Para tratar y evaluar las carencias de formación y habilidades de afrontamiento, se aconseja implantar una serie de intervenciones no farmacológicas según lo que se precise reforzar en el cuidador informal; teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Las intervenciones pueden ser individualizadas a los cuidadores, o intervenciones diádicas, cuya función consiste en tratar al paciente y al cuidador al mismo tiempo, para evaluar los efectos al final de la intervención utilizada, aplicando en ambos la misma intervención, o adoptando distintas alternativas de solucionar el problema¹³.

Existen 4 tipos de intervenciones no farmacológicas: informativas, educativas, psicoeducativas y multicomponentes que disminuyen la depresión, ansiedad y sobrecarga (producen efectos beneficiosos para los cuidadores y pacientes).

- **Informativas**, son básicas, aportan información sin llegar al interés de producir nuevos conocimientos. Intenta poner al alcance del cuidador cada uno de los recursos disponibles con la finalidad de disminuir los trastornos psicológicos que padece. Existen diferentes métodos: música, llamadas telefó-

nicas, folletos y libros con información para el cuidado¹⁴.

- **Educativas**, avanzan en el grado de complejidad, ofrecen información y actúan a nivel de conocimientos; pretenden conseguir que los cuidadores comprendan y aprendan el motivo de realizar una serie de cuidados, la forma de llevarlos a cabo... En definitiva, su objetivo es que los cuidadores sepan interpretar la información que se les aporta para que puedan hacer uso de ella cuando sea necesario¹⁵.
- **Psicoeducativas** son las más utilizadas, de elevada complejidad, y actúa de una forma más compleja que las anteriores. Abarcan información, conocimiento, y el efecto de producir el cambio en la situación psicológica del cuidador (control del estrés, habilidades de afrontamiento, apoyo social, etc.). Son beneficiosas en la preparación y desarrollo del rol como cuidador¹⁶.
- **Multicomponentes** utilizan diferentes partes de cada una de las tres intervenciones anteriores. Se consideran las más útiles, ya que el personal sanitario maneja intervenciones guiadas y asistidas mediante soportes audiovisuales y cuestionarios, abarcando varios enfoques. Se aporta información, se trabaja en que los cuidadores adquieran los conocimientos necesarios y se involucran los profesionales sanitarios para conseguir los deseados cambios sobre los trastornos psicológicos de éstos. Son más efectivas que las otras tres anteriores por englobarlas en una técnica¹⁷.

Cada una de las intervenciones no farmacológicas informativas, educativas, psicoeducativas y multicomponentes, son efectivas para reducir la depresión, ansiedad y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos.

Las intervenciones psicoeducativas y multicomponentes son más utilizadas que las intervenciones informativas y educativas.

Según la *persona a la que estén destinadas*, las intervenciones pueden ser individuales o grupales:

- **Individuales**, si se trata un paciente en concreto en cada tipo de intervención,

- **Grupales**, si se realizan sesiones a las que acuden varios cuidadores y se trabaja con todos a la vez.

Las individualizadas llegan a ser más efectivas que las grupales, pero cuenta con un aumento del coste y del tiempo¹⁸.

Se diferencia otros dos tipos de intervenciones según la *forma de administración*:

- **Autodirigidas, autoayuda o autoadministrada**, aquellas en las que el paciente las realiza sólo, de forma individual, eligiendo el qué, cuándo y cómo desea aprender, sin necesidad de estar supervisado mientras realiza los procesos y pasos de cada intervención. Este tipo es bastante útil para los cuidadores, y es el método más buscado y seleccionado por ellos, ya que supera las barreras de presencia de las técnicas grupales, y tienen la posibilidad de realizar los ejercicios cuando dispongan de tiempo libre sin estar presionados por la obligación de asistir a las sesiones (disminuyen sus sentimientos negativos y mejora su calidad de vida).
- **Intervenciones dirigidas y desarrolladas por profesionales de salud** ayudan en gran medida a los cuidadores, encuentran en el profesional sanitario un apoyo que hace que se llegue a mejorar su estado de salud. Mejoran la autoeficacia de los cuidadores para que acepten y sobrelleven cada uno de los problemas que se presentan diariamente en los pacientes.

-Intervención telefónica es una intervención informativa bastante eficiente y con un elevado potencial, ofrece cobertura a las personas que no pueden acudir a las sesiones grupales y, evita que los cuidadores tengan que buscar a otros sustitutos para que cuiden al paciente durante el tiempo que ellos se ausentan durante las sesiones.

-Terapias cognitivo conductuales son beneficiosas para los cuidadores porque ayudan a disminuir los síntomas negativos que surgen del cuidado.

-Habilidades de afrontamiento proporcionan al cuidador una mejora en la forma

de actuar antes diversas situaciones complicadas relacionadas con el diagnóstico de cáncer de su familiar, fomentando las emociones positivas y enseñando a afrontar las negativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belgacem B, Auclair C, Fedor MC, Brugnion D, Blanquet M, Tournilhac O, et al. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(6):870-6.
2. Ferrell B, Wittenberg E. A review of family caregiving intervention trials in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(4):318-25.
3. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Simard S, Desbiens J-F, Tremblay L, et al. Effectiveness of an intervention to improve supportive care for family caregivers of patients with lung cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:1-10.
4. Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, et al. Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(4):469-82.
5. Applebaum AJ, Buda KL, Schofield E, Farberov M, Teitelbaum ND, Evans K, et al. Exploring the cancer caregiver's journey through web-based Meaning-Centered Psychotherapy. *Psychooncology*. 2018;27(3):847-56.
6. Lapid MI, Atherton PJ, Kung S, Sloan JA, Shahi V, Clark MM, et al. Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention. *Psychooncology*. 2016;25(12):1400-7.
7. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Semin Oncol Nurs*. 2012;28(4):236-45.
8. Lambert SD, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: rationale and design. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:119.
9. Hendrix CC, Bailey DE, Jr., Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):327-36.
10. Leow M, Chan S, Chan M. A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(2):E63-72.
11. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of Early Versus Dela-

- yed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015;33(13):1446-52.
12. DuBenske LL, Gustafson DH, Namkoong K, Hawkins RP, Atwood AK, Brown RL, et al. CHES improves cancer caregivers' burden and mood: results of an eHealth RCT. *Health Psychol*. 2014;33(10):1261-72.
 13. O'Toole MS, Zachariae R, Renna ME, Mennin DS, Applebaum A. Cognitive behavioral therapies for informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017;26(4):428-37.
 14. Livingston PM, Osborne RH, Botti M, Mihalopoulos C, McGuigan S, Heckel L, et al. Efficacy and cost-effectiveness of an outcall program to reduce carer burden and depression among carers of cancer patients [PROTECT]: rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:5.
 15. Hendrix CC, Landerman R, Abernethy AP. Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *West J Nurs Res*. 2013;35(5):590-610.
 16. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2015;24(1):19-24.
 17. Holm M, Arestedt K, Carlander I, Furst CJ, Wengstrom Y, Ohlen J, et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psychooncology*. 2016;25(7):795-802.
 18. Steel JL, Geller DA, Kim KH, Butterfield LH, Spring M, Grady J, et al. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. *Cancer*. 2016;122(8):1270-82.

Linfadenitis histiocítica necrotizante o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto

Sr Director:

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con antecedentes de una mastectomía radical izquierda y linfadenectomía axilar completa en Junio de 2014 por un carcinoma ductal infiltrante Her2 +++. Fue tratada con quimioterapia adyuvante, Trastuzumab y radioterapia, actualmente en tratamiento con Zoladex y Tamoxifeno.

Acudió a nuestra consulta de Atención Primaria por palparse una tumoración en su axila derecha algo dolorosa, sin fiebre ni otra sintomatología. A la exploración se palpaba una adenopatía en la axila derecha de unos 2x2cm, móvil, no adherida a planos profundos, siendo normal la exploración de ambas mamas.

Teniendo en cuenta sus antecedentes derivamos a la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío donde le realizaban el seguimiento de su patología y realizaron una analítica general con marcadores tumorales que resultaron normales y una senografía y ecografía de mama derecha con el siguiente resultado: "Mama derecha sin nódulos ni signos ecográficos de malignidad. En axila derecha visualizamos algunos ganglios con centro graso, pero destacan al menos uno de ellos de 15x11mm, con marcado engrosamiento cortical patológico ecográficamente. En resumen: ganglio patológico axilar derecho. Categoría Birads 4. Sospechosa."

Posteriormente se le realizó una BAG de adenopatía axilar derecha guiada por ecografía con el siguiente resultado: "Descripción microscópica como cilindros de ganglio linfático en los que destacan focos de necrosis y áreas periféricas de infiltrado mixto con abundante cariorrexis, apre-

ciándose abundante celularidad CD123+ (dendríticas plasmocitoides) y linfocitaria T, apreciándose más alejados áreas de ganglio linfático con histología conservada. Linfadenitis necrotizante histiocitaria (enfermedad de Kikuchi-Fujimoto)". Ampliado el estudio inmunohistoquímico se confirmó el diagnóstico, apreciándose "abundantes elementos con inmunotinción para CD68, CD163 y/o mieloperoxidasa, un componente linfocitario T de predominio CD8, así como ausencia de celularidad panCK+".

Se realizó posteriormente un estudio de autoinmunidad que resultó negativo. No se instauró tratamiento específico alguno y sería revisada por Medicina Interna, en principio, cada 6 meses.

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EFK), también denominada linfadenitis histiocítica necrosante, fue descrita por primera vez por Kikuchi y Fujimoto en 1972. Es un síndrome que se caracteriza por la presencia de linfadenopatías predominantemente cervicales, elásticas y variables en número y tamaño. Son generalmente dolorosas y se asocian a fiebre, síntomas constitucionales y lesiones cutáneas.

Es una entidad clínica poco frecuente, que afecta principalmente a mujeres jóvenes de procedencia asiática, lo que apunta a cierta susceptibilidad racial o genética, aunque tiene una distribución universal.

A pesar de tratarse de un proceso benigno y autolimitado, es necesario de un diagnóstico anatomopatológico de exclusión de otras entidades clínicas como el lupus eritematoso sistémico, tuberculosis y otras como el linfoma o histiocitoma. El diagnóstico se confirma a través de la

biopsia de los ganglios linfáticos. En la anatomía patológica se observan ganglios linfáticos con hiperplasia paracortical y folicular. Destacan focos de necrosis paracortical compuestos por histiocitos, linfocitos y células dendríticas plasmocitoides, con restos nucleares y celulares acidófilos. Los histiocitos pueden presentar fagocitosis de restos nucleares cariorrécticos, con núcleo periférico o transformación xantomatosa, siendo estos CD68 positivos. Los linfocitos son T (CD3+ y CD45RO+). Característicamente no hay presencia de neutrófilos ni eosinófilos.

La EKF suele ser autolimitante y se resuelve al cabo de 1-4 meses, aunque se ha descrito un índice de recurrencias de entre el 3% y el 4%. No existe un tratamiento específico para esta enfermedad más allá del control de síntomas con analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos. No obstante, al considerar el proceso inmunopatogénico, es posible que algunos pacientes que presentan síntomas graves y/o un curso clínico tórpido se beneficien de la administración de glucocorticoides.

Los profesionales de Atención Primaria somos la puerta de entrada también de este tipo de patologías por lo que, a pesar de ser una enfermedad rara, es importante conocer la EKF, pues su correcto diagnóstico evitará realizar pruebas innecesarias y tranquilizar a los pacientes dado su carácter benigno y autolimitado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Combalia A, et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con compromiso de cuero cabelludo. *Actas Dermosifiliorg*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.016>.
2. Lozano Parras MA, Anguita Alonso P, Cigüenza Gabriel R, Calvo Manuel E, Alba Losada J, Espinós Pérez D. Enfermedad de Kikuchi: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid)*. 2003;20:247-50.
3. Bosch x, Guilabert A. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:471-6.
4. Guerra Alfonso T, Fernández Águila JD, Cabrera Zamora M, Viera Yañiz J, Silva Aguiar R. Linfadenitis necrotizante histiocitaria o enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. A propósito de dos observaciones *Rev Cubana Med*. 2007;46.
5. Rosai y Ackerman J. Linfadenitis necrotizante de Kikuchi. *Patología Quirúrgica*. 10ª edición. 2013;2:1785-6.

Aguado Navarro M¹,
Sagrístá González M²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de salud de Mairena del
Aljarafe-Ciudad Expo. Sevilla

²Tutor de Unidad Docente de Medicina Familiar y
Comunitaria. Centro de Salud de Mairena del
Aljarafe-Ciudad Expo. Sevilla

makaguado@gmail.com

Abordaje multidisciplinar en quemadura de miembros inferiores en edad infantil

Sr. Director:

La quemadura es una lesión tisular producida por diferentes causas: energía térmica, eléctrica, sustancias químicas y radiaciones que inducen la desnaturalización de las proteínas tisulares produciendo necrosis por coagulación de la epidermis y tejidos adyacentes.

Las quemaduras son ocasionadas accidentalmente y las más leves, de escasa superficie y profundidad con frecuencia no demandan atención sanitaria; por lo que la incidencia exacta de las quemaduras es desconocida. En España se estima que 3 de cada 1.000 habitantes sufren quemaduras que precisan atención médica y el 15-20% ingreso hospitalario (1). Los accidentes por quemaduras en la infancia presentan una elevada incidencia (tercera causa de muerte accidental). Entre el 30-40% de los quemados tienen menos de 15 años, con una media que se sitúa en los 3 años (2).

Generalmente las quemaduras son de tipo doméstico, siendo las más prevalentes las escaldaduras y por inhalaciones con agua excesivamente caliente (3).

La **gravedad** (4) de las quemaduras depende de:

- Mecanismo de producción: líquido caliente, llama o deflagración, sólido caliente, electricidad, productos químicos, frío o congelación y radiaciones.
- Profundidad en los tejidos: epidérmica o de primer grado, dérmica superficial o segundo grado superficial, dérmica profunda o segundo grado profunda, subdérmica o tercer grado.

- Extensión de superficie corporal total quemada (SCTQ). Es muy importante el cálculo aproximado: a mayor extensión, mayor riesgo de repercusiones sistémicas. El cálculo de la SCTQ no incluye las quemaduras de primer grado (no presentan repercusión sistémica ni dejan secuelas dérmicas).
- Zona anatómica afectada (localización).
- Edad del paciente.
- Enfermedades previas y medicación habitual.
- Temperatura y tiempo de exposición de agente con el tejido.
- Tiempo transcurrido desde inicio de la quemadura hasta su atención.
- Complicaciones secundarias a las quemaduras.

Las quemaduras varían desde lesiones leves de escasa superficie y profundidad a situaciones de gran morbimortalidad y riesgo vital.

La regla del 1% o de la palma de la mano (útil para adultos y niños mayores de 1 año). La palma de la mano del paciente con los dedos extendidos y juntos representa el 1% de la superficie corporal total del paciente.

Para el cálculo de la superficie corporal en niños, en función de la edad, existen diferentes herramientas (4):

- Tabla de Lund y Browder: empleada en lactantes y niños. Con frecuencia sobreestima el tamaño de la quemadura.

- Esquema del Royal Hospital for sick children de Edimburgo.

La clasificación según la profundidad (4):

-Quemadura epidérmica o de primer grado.

Afecta parcialmente a la epidermis sin llegar a dañar las células del estrato basal. Clínicamente son dolorosas con hiperalgesia, quemazón y escofofríos. A la exploración son lesiones eritematosas levemente inflamatorias. La piel está caliente, seca, sin exudados ni flictenas y se blanquea a la presión. Puede observarse piloerección. Se respeta la integridad cutánea por lo que no conlleva riesgo de deshidratación, infección ni alteraciones sistémicas. Buena evolución con curación en torno a los 5-7 días y sin secuelas, salvo complicaciones. Un ejemplo es la quemadura solar o escaldadura por agua.

-Quemadura dérmica superficial o segundo grado superficial.

Limitada a la dermis papilar, no afecta a la raíz de los folículos pilosebáceos por lo que facilita la reepitelización. El paciente percibe hipersensibilidad y alodinia debido a la exposición de las terminaciones sensitivas (la mayoría de los nociceptores están conservados, irritados y expuestos). La lesión elemental típica, aunque no patognomónica, es la ampolla o flictena. Para realizar un correcto diagnóstico es necesario desbridar la flictena y valorar el lecho: rosado, liso, brillante, exudativo y "rocío hemorrágico". Entre 7-15 días cura con leves secuelas como discromías que acaban desapareciendo con el tiempo.

-Quemadura dérmica profunda o de segundo grado profundo.

Afecta a la totalidad del espesor de la dermis (papilar y reticular) destruyéndose las terminaciones sensitivas superficiales. Generalmente son dolorosas, pero menos molestas que las dérmicas superficiales (hipoestesia). Aparecen lesiones desde rojo brillante a áreas blanquecinas o amarronadas y alguna flictena. Al desbridar se observa una lesión de color rojo muy pálido o blanca, lisa, brillante y exudativa. En la curación

pueden aparecer cicatrices, desde 15 días a 2-3 meses, aunque generalmente requiere tratamiento quirúrgico.

-Quemadura subdérmica o de tercer grado.

Se produce una destrucción completa del espesor de la piel llegando a afectar tejidos subdérmicos, anejos cutáneos y terminaciones nerviosas. El paciente presenta anestesia de la zona afecta. El signo típico es la escara, tacto seco, acartonado y coloración variable desde blanco nacarado al negro. No cura espontáneamente por lo que precisa tratamiento quirúrgico, exceptuando lesiones de muy pequeño tamaño que pueden curar por segunda intención. Genera secuelas importantes.

-Quemadura de cuarto grado.

Sobrepasa el estrato dermoepidérmico y afecta a estructuras como músculo, tendón, cartílago o hueso.

Es importante detectar la presencia de **signos de sobreinfección** (4) en una quemadura:

- Aumento de dolor, calor, eritema, etc.
- Cambios de color (decoloración local).
- Cambios de la superficie quemada:
 - Exudado amarillento intenso que destruye rápidamente el tejido de granulación (típico de gérmenes estafilocócicos).
 - Color verdoso en los vendajes y secreciones que pueden producir necrosis del tejido (característico de pseudomonas).
- Profundización de la quemadura de espesor parcial a total.
- Degeneración del tejido de granulación y formación de una nueva escara.
- Separación rápida de la escara.
- Lesiones vesiculares en zonas epitelizadas.
- Retraso en la curación.

- Coloración púrpura del tejido no quemado sospecha gangrena.

Se puede solicitar un cultivo del exudado o biopsia de la herida para el diagnóstico.

Ante la sospecha de infección se debe tratar con antimicrobiano tópico o sistémico dependiendo del grado de afectación.

En el abordaje terapéutico de las quemaduras (5) previamente se realiza una valoración primaria del paciente y de la quemadura, y se canaliza una vía venosa periférica en caso de que fuese necesario.

- Limpieza de la zona y enfriamiento con suero salino o agua potable (20-25°C). Es conveniente evitar el agua fría o hielo por la vasoconstricción que produce. En caso de suciedad visible o riesgo de contaminación está indicada la limpieza con agua y jabón. Si es necesario eliminar vello, cortar con tijeras (se evita rasurar).
- Desbridar las flictenas y retirar el tejido desvitalizado posible, salvo en las ampollas con diámetro menor a 6 mm. Las que interfieren con los movimientos o molestan al paciente se desbridan. Las ampollas contienen un líquido estéril (en las primeras horas) y reabsorbible, protegen de la inflamación y disminuyen el dolor; pero tienen inconvenientes que justifican el desbridamiento:
 - La epidermis lesionada es porosa por lo que la flora oportunista de la piel puede colonizarla.
 - Las flictenas de gran tamaño no se reabsorben.
 - Las de tamaño moderado aumentan el dolor.
 - Rotura no controlada.
 - Dificultan el diagnóstico.
 - Mantienen tensión y profundizan la lesión.
 - Contenido tóxico.

Evitar desbridar las flictenas durante la emergencia si hay que trasladar al paciente, excepto en las quemaduras químicas.

- Utilizar apósitos y/o pomadas, según el paciente y la quemadura. Cubrir la quemadura con apósitos sirve para proteger de traumatismos posteriores, proporcionar alivio, limitar el crecimiento de microorganismos y favorecer la epitelización. En las quemaduras epidérmicas, usar un apósito protector o crema revisándolas cada 24-48 horas durante los tres primeros días. Cambiar a una cura en ambiente húmedo si no hay progreso en la cicatrización.

Tipos apósitos

- Apósitos hidrocoloides: favorecen la absorción controlando el exudado y crean un medio favorable para la epitelización. No se aconseja su utilización en quemaduras profundas.
- Apósito hidrocélular o espuma de poliuretano: se recomienda para quemaduras superficiales no extensas.
- Tul no adherente: evita la adherencia al lecho lesional respetando las zonas de granulación (indicado en este estadio evolutivo).
- Apósitos con contenido de plata: permiten la liberación lenta de plata en la quemadura. La plata activada tiene un amplio espectro antimicrobiano y efecto antiinflamatorio. Los apósitos de plata disminuyen el dolor en las curas, permiten distanciarlas entre sí, hace que disminuya la manipulación y el riesgo de infección nosocomial. Un tipo especial de apósito de plata, el que contiene nanocristales, ha demostrado disminución significativa de las infecciones.
- Antimicrobianos tópicos: la sulfadiazina argéntica posee amplio espectro (Gram+, Gram- y Cándida). Recomendada en quemaduras de segundo grado y quemaduras químicas para la prevención de la infección. En caso de no existir signos de infección se puede prescindir de ella. Es útil en quemaduras de tercer grado, la sulfadiazina

argéntica con nitrato de cerio por su poder de penetración en las escaras.

- Productos con acción antimicrobiana (crema de sulfadiazina argéntica) se aconseja utilizar en las primeras 72 horas de las quemaduras. No se recomienda su uso durante más de 7 días si no hay signos de infección. En las quemaduras de segundo grado, tras la administración inicial de sulfadiazina argéntica o apósito antimicrobiano, se recomienda la cura en ambiente húmedo.
- Corticoides tópicos: su empleo se limita a quemaduras solares y quemaduras superficiales faciales empleados en periodos cortos (48 horas).
- Desbridantes: se aconseja la aplicación de colagenasa para la eliminación de tejido desvitalizado y necrótico presente en quemaduras de segundo grado profundo con áreas poco extensas de superficie quemada. Se debe tener precaución en el empleo de la misma ya que su acción puede ser neutralizada con metales pesados y antisépticos (povidona yodada).

Se deriva al hospital de referencia ante la presencia de quemaduras moderadas y a un centro especializado, en quemaduras graves. Las quemaduras leves se tratan en atención primaria (6).

Criterios de derivación a la Unidad de Quemados:

- Quemaduras dérmicas (2º grado):
 - Niños:
 - Menores de dos años >5% SCTQ.
 - Entre 3-10 años >10% SCTQ.
 - Entre 10-15 años >15% SCTQ.
 - Adultos: más del 20% de SCTQ en cualquier edad.
 - Mayores 65: más del 10% de SCTQ.
- Quemaduras subdérmicas (3º grado): valorar derivación en quemadura profunda en cualquier edad y extensión. Un paciente con SCTQ > al 3-5% debe ser valorado por un servicio especializado.

- Edades extremas de la vida.
- Según afectación general: paciente que ha precisado medidas de soporte vital.
- Según localización:
 - Quemaduras que afecten cara, manos, genitales y articulaciones grandes.
 - Quemaduras circunferenciales. Normalmente precisan escarotomía y fasciotomía para evitar el síndrome compartimental.
- -Según mecanismo:
 - Inhalatoria.
 - Quemaduras eléctricas.
 - Quemaduras químicas.
 - Por radiaciones ionizantes.

Un caso clínico de un varón de 7 años de edad, correctamente vacunado, sin enfermedades de interés ni alergias medicamentosas conocidas. En el primer año de vida del niño sufre quemaduras en ambos miembros inferiores tras prenderse fuego el saco de dormir. Al ingreso hospitalario presenta quemaduras profundas en región distal de ambos muslos, piernas, cara interna de pie derecho y totalidad de pie izquierdo. La superficie corporal quemada total es del 17%. Las quemaduras son tratadas con injertos cutáneos. Se interviene quirúrgicamente en 4 ocasiones mediante anestesia general:

- Primera intervención: escarotomías e injerto de piel parcial en miembro inferior derecho y pie izquierdo, las zonas donantes son ambos muslos.
- Segunda intervención (al mes): desbridamiento de escaras y zonas de granulación e injerto de piel parcial en ambas piernas, la zona donante es el muslo derecho.
- Tercera intervención (a los 3 años de la primera intervención): liberación de retracción en base de dedos (zona dorsal) y cobertura del defecto mediante reconstrucción con matriz de regeneración dérmica artificial.
- Cuarta intervención (al mes de la tercera intervención): injerto de piel parcial sobre neodermis.

El paciente con 5 años de edad refiere hipersensibilidad en talón izquierdo. Tras la exploración fí-

sica se observa la afectación de ambos miembros inferiores (retracción de la musculatura y debilidad muscular en gemelos, sóleo, isquiotibiales), y el izquierdo es el más afectado (imagen 1). El talón izquierdo presenta secuelas cicatriciales (imagen 2) con hipersensibilidad de la zona secundaria a la utilización de piel del muslo como donante (es muy fina para el injerto de talón). También se objetiva alteraciones ungueales y retracción cicatricial en los tendones extensores de los dedos y en el dorso del pie izquierdo (imagen 3). En dinámica, no presenta dolor; pero manifiesta un patrón de marcha alterado por la ausencia de apoyo del talón izquierdo. Se añade una cuña provisional, en la exploración, a modo de alza para comprobar si mejora la marcha y la mejora no es muy significativa.

Se prescriben ejercicios de potenciación muscular, estiramientos de extremidades inferiores y manipulación de la cicatriz para liberar adherencias.

Tras la rehabilitación el niño adopta un patrón de marcha más normalizado con apoyo del talón izquierdo, mejora la retracción de la musculatura y el aspecto de la cicatriz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orozco Valerio MJ, Celis de la Rosa AJ, Méndez Magaña AC, Miranda Altamirano RA. Perfil epidemiológico de niños con quemaduras del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, 2009-2011. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015; 72(4): 249-256. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615001641>
2. Moctezuma Paz LE, Páez Franco I, Jiménez González S, Miguel Jaimes KD, Focerrada Ortega G, Sánchez Flores AY, et al. Epidemiología de las quemaduras en México. *Rev Esp Méd Quir*. 2015; 20(1):78-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151m.pdf>
3. Zhou B, Zhou X, Ouyang LZ, Huang XY, Zhang PH, Zhang MH, et al. An epidemiological analysis of paediatric burns in urban and rural áreas in South Central China. *Burns*. 2014; 40(1):150-6.
4. Wesson HKH, Bachani AM, Mtambeka P, Schulman D, Mavengere C, Stevens KA, et al. Pediatric burn injuries in South Africa: a 15 year analysis of hospital data. *Injury*. 2013; 44(11):1477-1482.
5. Salas A, Muñoz I, Sierra M, Merchán Galvis AM, Castro O, Bonilla J et al. Quemaduras en menores de cinco

años en Popayán, Colombia: creencias, conocimientos y prácticas. *Pediatr*. 2015;48(1):21-26. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-quemaduras-menores-cinco-anos-popayan-S0120491215000051>

6. Rico González RR, Franco Mora MC, Olivares Louhau EM, Gonzáles Sánchez O, Sánchez Soto ZC. Quemaduras accidentales en niños y niñas remitidos del nivel primario de atención. *MEDISAN*. 2015; 19(1):49-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100008

Cervera Torres CM^{a1},

Juárez Jiménez M^{aV2}

¹Podóloga. Clínica podológica Carmen Cervera. Porcuna (Jaén)

²Médico de familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

mamencerveraa1992@gmail.com

Imagen 1. Secuelas estéticas por quemaduras profundas en extremidades inferiores



Imagen 2. Cicatrices hipertróficas en talón izquierdo (tejido cutáneo sobreelevado, enrojecido y rígido)



Imagen 3. Bridas y discromías en la región proximal de las falanges de dedos del pie izquierdo. Alteraciones ungueales en 2º y 3er dedo pie izquierdo



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Neumomediastino tras consumo de éxtasis en paciente joven

Mariñas Berenguer JC¹, Vázquez Alarcón RL², Bello Villaverde A³

¹Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud de Vera (Almería)

²Médico de Familia. Centro de Salud de Vera (Almería)

³Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Babel. Alicante

Antecedentes personales

Paciente varón de 18 años, hábito asténico, sin alergias a medicamentos conocidas, no refiere enfermedades sistémicas ni tratamiento crónico, no refiere intervenciones quirúrgicas en el pasado.

Motivo de consulta

Odinofagia e inflamación cervical.

Anamnesis

A las 23:51, acude al servicio de urgencias del Centro de Salud de su zona refiriendo leve odinofagia, inflamación cervical y ronquera que comenzaron a las 12:00. Ante la preocupación evocada de la mala evolución de los síntomas durante la tarde se decidió a consultar. No refiere en ningún momento síntomas de dificultad respiratoria. No refiere traumatismo ni sobre esfuerzo previo. El paciente reconoce el consumo de éxtasis previamente al cuadro descrito.

Exploración

A la exploración se encuentra con buen estado general, consciente, orientado y colaborador y eupneico en reposo. La inspección descubre edema a nivel cervical en su parte anterior, a la palpación, cabe destacar la presencia de crepitación cutánea en cara anterior, lateral y a nivel supra e infracla-

vicular. La exploración otorrinolaringológica es anodina, no encontrándose edema de úvula ni signos de una posible reacción anafiláctica grave. La faringe se encuentra levemente hiperémica.

A la auscultación se evidencia roce pericárdico en segundo ruido cardíaco en el foco tricúspide. Se evidencia el signo de Hamman.

Se realiza un ECG (electrocardiograma) en el que se evidencia un ritmo sinusal a 99 lpm (latidos por minuto), eje normal, bloqueo de rama derecha y trastornos de la repolarización precoz.

Se pautó Metilprednisolona 125 mg (miligramos) y una ampolla de Polaramine intramuscular y reevaluación.

Tras el tratamiento, no se objetiva respuesta significativa y se decide derivación al Servicio de Urgencias hospitalarias para valoración urgente.

El paciente es recibido en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de madrugada, se le asigna la prioridad 4 (bajo nivel de prioridad) según el SET (Sistema Español de Triage). Tras una anamnesis y exploración que confirmaban los hallazgos anteriormente citados, se decide realizar una radiografía de tórax postero-anterior y un ECG de control.

Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal a 96 lpm, eje normal, BRD-HH (bloqueo de rama derecha del Haz de His),

no alteraciones de la repolarización. Intervalos normales.

Radiografía de tórax: se descubre la presencia de radiotransparencias a nivel axilar izquierda y cervical. Se observaba también una silueta pericárdica aumentada.

Imagen 1. Rx de tórax



Imagen 2. TAC: Neumomediastino



Imagen 3. TAC: Neumopericardio



Imagen 4. TAC: corte alto pulmones

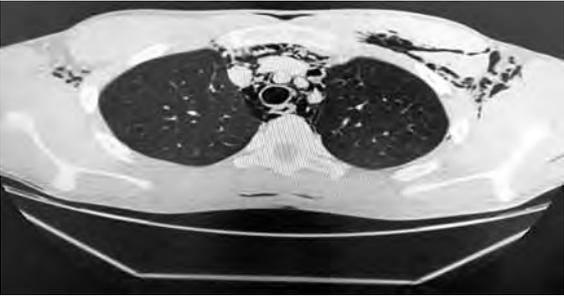


Imagen 5. TAC: Corte cervical alto



Plan de actuación

Ante la sospecha de Enfisema subcutáneo por consumo de éxtasis se decide pasar al paciente a observación, con vigilancia activa, control de constantes y tratamiento analgésico si precisare.

Se realiza un TC (tomografía computerizada) helicoidal multicorte de macizo facial, cuello y tórax hasta cúpulas diafragmáticas tras la inyección de contraste intravenoso. No se produjo reacción adversa al contraste.

Radiología informa de extensos e importantes signos de neumomediastino, neumopericardio que se extiende hasta compartimentos cervicales, espacios pre y paratraqueales, región cervical profunda, fosas pterigoideas, pterigomaxilar, espacios vasculares, parafaríngeo y retrofarín-

geo, con disecciones de grupos musculares del cuello y presencia de aire en región retromaxilar derecha. Informa a su vez de la presencia de aire epidural y enfisema subcutáneo difuso, no observando neumotorax, lesiones óseas ni lesiones macronodulares en la región explorada.

Debido a la necesidad de ser valorado por Cirugía Torácica el paciente es trasladado a otro Centro Hospitalario. Allí, es reevaluado. Reflejan mínima crepitación cervical. Se propone ajuste de tratamiento analgésico.

Tras 24 horas de evolución y seguimiento en Cirugía torácica, se evidencia mejoría radiológica y desaparición del neumomediastino. Se descartan complicaciones pleurales y parenquimatosas. Se procede al alta con laxantes y reposo. Se le propone al paciente cita en 1 mes en consultas externas de cirugía torácica.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál/es de los siguientes síntomas/signos se encuentran con frecuencia en pacientes con neumomediastino?

- a) Crepitación cutánea cervical a la palpación.
- b) Otodinia.

c) Signo de Hamman.

d) Disnea.

e) Dirartria.

2. ¿Cuál/es de las siguientes cumple con el manejo adecuado para un proceso de neumomediastino por consumo de éxtasis?

a) Reposo domiciliario.

b) Ventilación mecánica no invasiva.

c) Inducción anestésica y descompresión.

d) Laxantes.

e) Tratamiento conservador y observación.

Dirección para correspondencia:
Juan Carlos Mariñas Berenguer
Correo-e: juancarlosmarinas1993@gmail.com

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia. Centro de Salud El Palo, Málaga

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por *MESES/REVISTAS*, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección [publicaciones externas/alerta bibliográfica](#)) con sus resúmenes y comentarios (R/C). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>



La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed, en aquellos casos en los que se dispone de tal dato y su enlace interno a su resumen-comentario (R/C).

@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Si quieres recibir esta información puedes elegir alguno de los siguientes canales:

- 1.*Twitter (instantáneo): Seguir a @pontealdiaAP
2. Facebook (instantáneo): Seguir a <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352> [1]
3. Correo (diario): pulsando RSS de la página @pontealdiaAP de nuestro blog: <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
4. Blog (semanal) <http://esamfyc.wordpress.com/> [2]
5. Second life (en los paneles informativos) <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35> [3]
6. Web (mensual) www.samfyc.es [4]
7. Revista SAMFyC <https://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>

Toda la información sobre el proyecto, las fuentes que revisamos, con qué criterios son seleccionadas y más, se encuentra en

<https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/> [5]

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com.

LINKS:

- [1] <http://www.facebook.com/pages/Esamfyc/122003924600352>
- [2] <http://esamfyc.wordpress.com/>
- [3] <http://slurl.com/secondlife/Semfyc%20Island/182/95/35>
- [4] <http://Www.samfyc.es>
- [5] <https://docs.google.com/document/d/12U6tN6sf43PzDyyfLxAjOO0LBeah5uo6njrdwZ3mrd0/>

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **4as Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC**
Málaga, 11 de mayo de 2019
<http://www.jornadasecografiasamfyc.com/>
- **4as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**
San Juan de Aznalfarache (Sevilla), 25 y 26 de octubre de 2019
<http://www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com>

Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
Telf. / Fax. 958 523 299

semFYC

- **XXXIX Congreso de la semFYC**
Málaga, 9 a 11 de mayo de 2019
<https://www.congresodelasemfyc.com>
- **XI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico**
Mérida, 7 y 8 de marzo de 2019
<https://www.congresocronicos.org/>
- **XXX Congreso Comunicación y Salud**
Santander 2019

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13
08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29
Fax 93 318 69 02

Comentarios a CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO (del Vol. 19, Núm. 2) (Med fam Andal 2018; 19: 188-190)

Respuestas razonadas

Neumomediastino tras consumo
de éxtasis en paciente joven

Mariñas Berenguer JC¹,
Vázquez Alarcón RL²,
Bello Villaverde A³

¹Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud
de Vera (Almería)

²Médico de Familia. Centro de Salud
de Vera (Almería)

³Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud
Babel. Alicante

PREGUNTAS

1. *¿Cuáles de los siguientes síntomas/signos se encuentran con frecuencia en pacientes con neumomediastino?*

a) *Crepitación cutánea cervical a la palpación.* **Incorrecta.** La presencia de crepitación cutánea cervical como tal, es un signo de enfisema subcutáneo, no destaca la presencia de neumomediastino.

b) *Otodinia.* **Incorrecta.** La otodinia puede ser un signo que se encuentre presente en un paciente con neumomediastino, sin embargo, deberíamos objetivar una historia anterior de submarinismo o actividades bajo cambios bruscos de presión. De esta manera, podríamos encontrar ambos cuadros, no siendo uno sugerente del otro.

c) *Signo de Hamman.* **Correcta.** El signo de Hamman está presente en el 80% de los casos de Neumomediastino.

d) *Disnea.* **Incorrecta.** El neumomediastino espontáneo no altera el sistema respiratorio de forma frecuente.

e) *Dirartria.* **Incorrecta.** No se han descrito alteraciones neurológicas en este tipo de pacientes.

2. *¿Cuáles de las siguientes cumple con el manejo adecuado para un proceso de neumomediastino por consumo de éxtasis?*

a) *Reposo domiciliario.* **Incorrecta.** La evolución del neumomediastino debe seguirse estrechamente hasta la correcta resolución del cuadro.

b) *Ventilación mecánica no invasiva.* **Incorrecta.** La presión positiva sobre el sistema respiratorio, en su adyacente contacto con el mediastino, no es la mejor idea para mantener una adecuada ventilación. Recordemos que el intercambio gaseoso, no suele alterarse en estos casos.

c) *Inducción anestésica y descompresión.* **Incorrecta.** No se conoce el posible efecto de una actuación invasiva a nivel de neumomediastino.

d) *Laxantes.* **Correcta.** Formando parte de uno de los posibles tratamientos al alta, se aconseja el uso de laxantes los días siguientes al alta hospitalaria para evitar aumentos de presión torácica con la defecación.

e) *Tratamiento conservador y observación.* **Correcta.** Se espera que el neumomediastino se reabsorba lentamente con el reposo. Debemos prestar vigilancia estrecha ante cualquier posible complicación.

BIBLIOGRAFÍA

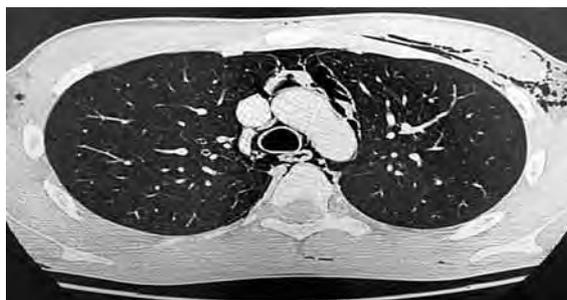
1. Crespo Marcos D, Iglesias Fernández C, Márquez de la Plata L, Panadero Carlavilla E, Vázquez López P. (2006). Spontaneous idiopathic pneumomediastinum: apropos of a case [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64(1): 106-107.
2. Le Floch AS, Lapostolle F, Danhiez F, Adnet F. Pneumomediastinum as a complication of recreational ecstasy use. *Annales Francaises d'anesthesie et de Reanimation*. 2002; 21(1): 35-37.

3. Levine AJ, Drew S, Rees GM. "Ecstasy" induced pneumomediastinum. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1993; 86(4): 232-233.
4. Maravelli AJ, Skiendzielewski JJ, Snover W. Pneumomediastinum acquired by glass blowing. *The Journal of Emergency Medicine*. 2000; 19(2): 145-147.
5. Mortelmans LJM, Bogaerts PJM, Hellemans S, Volders W, Van Rossom P. Spontaneous pneumomediastinum and myocarditis following Ecstasy use: a case report. *European Journal of Emergency Medicine : Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2005; 12(1): 36-38.
6. Onwudike M. Ecstasy induced retropharyngeal emphysema. *Journal of Accident & Emergency Medicine*. 1996; 13(5): 359-361.
7. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. *Annals of Emergency Medicine*. 1992; 21(10): 1222-1227.
8. Pittman JA, Pounsford JC. Spontaneous pneumomediastinum and Ecstasy abuse. *Journal of Accident & Emergency Medicine*. 1997; 14(5): 335-336.
9. Rejali D, Glen P, Odom N. Pneumomediastinum following Ecstasy (methylenedioxymetamphetamine, MDMA) ingestion in two people at the same "rave". *The Journal of Laryngology and Otology*. 2002; 116(1): 75-76.

Imagen 1. Rx de tórax



Imagen 2. TAC: Neumomediastino



Dirección para correspondencia:
 Juan Carlos Mariñas Berenguer
 Correo-e: juancarlosmarinas1993@gmail.com

Imagen 3. TAC: Neumopericardio

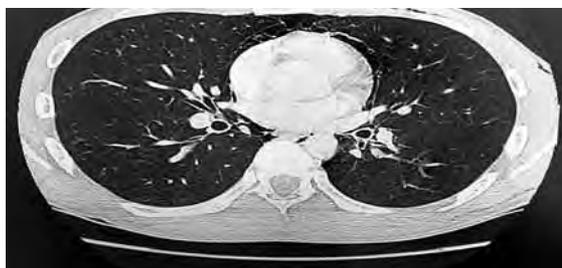


Imagen 4. TAC: corte alto pulmones

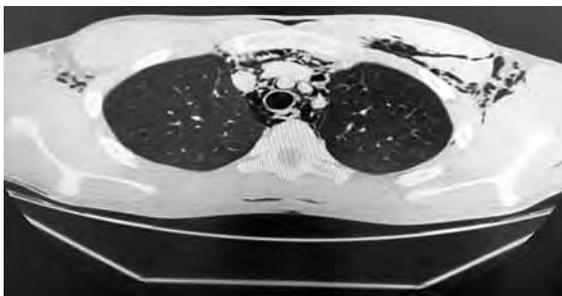


Imagen 5. TAC: Corte cervical alto



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es> e ir a Publicaciones SAMFyC, Revista
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cincuenta y dos los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

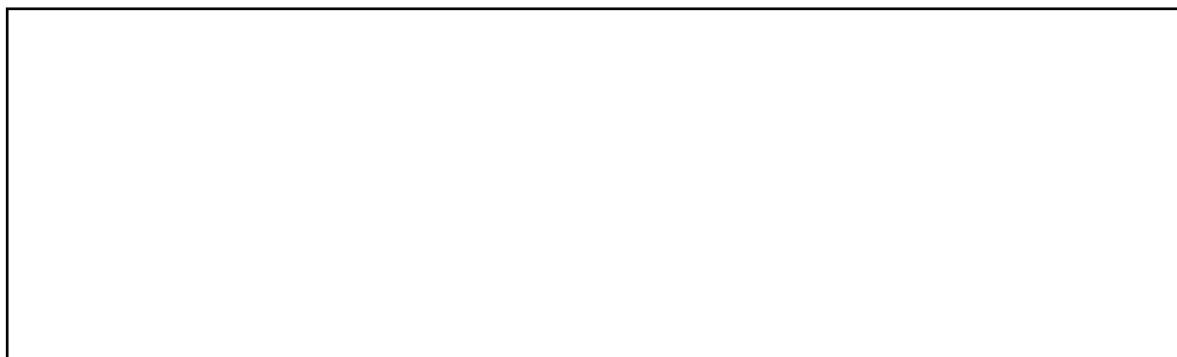
Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN



Remitir por:

- a) Correo:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)
- b) Fax: 958 804202.
- c) Correo electrónico: revista@samfyc.es

SOCIO, TE ROGAMOS COMUNIQUES CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO U OTROS DATOS A LA MAYOR BREVEDAD:



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN
**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFYC)**

ALTA (Nuevo socio) Actualizar datos BAJA Fecha / /

Excmo.

APELLIDOS:
NOMBRE: **DNI:** +
DOMICILIO:
MUNICIPIO: **C.P.:**
PROVINCIA: **TELEFONOS:**
E-MAIL:

ESPECIALISTA MFyC: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE MFyC: SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA** / /

UNIDAD DOCENTE de referencia

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCION: **PROVINCIA:**

CARGO QUE OCUPA:

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Mediante la presente orden de pago, autorizo a SAMFYC a enviar una orden anual a mi entidad bancaria para adeudar en mi cuenta, el importe correspondiente a la cuota anual de la sociedad, a cuyo efecto facilito los siguientes datos bancarios:

ENTIDAD: **IBAN:** (hay que rellenar todas las casillas)

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lugar y Fecha: **Firma:**

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) con NIF: G41156498 es el Responsable del tratamiento de los datos personales del interesado/a y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento: **Finalidades del tratamiento y plazos de conservación de los datos:** gestionar y tramitar el alta como socio para poder mantenerle informado sobre cursos, congresos, publicaciones, jornadas relacionadas con el ámbito de la medicina de familia. El hecho de darse de alta en SAMFYC implica automáticamente el alta como socio en www.samfyc.es como federación (puede consultar [aquí](http://www.samfyc.es) el listado de sociedades federadas y sus sitios web) así como a la Fundación SAMFYC para el envío de la revista. Sus datos personales serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento o por la existencia de una obligación legal, y cuando ya no sean necesarios, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. **Legitimación del tratamiento:** el tratamiento de los datos del interesado para llevar a cabo la prestación de los servicios está basado en el consentimiento del interesado/a. **Comunicación de los datos:** no se cederán a ningún tercero, salvo a la samfyc y fundación SAMFYC para los fines anteriormente descritos. **Derechos que asisten al interesado:** derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. **Datos de contacto para ejercer sus derechos:** Calle Arriola 4, bajo D, 18001 Granada o al email: samfyc@samfyc.es



3^{as}

Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC



Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

www.jornadasresidentesy tutoressamfyc.com
info@jornadasresidentesy tutoressamfyc.com

San Juan de Aznalfarache
Sevilla 2019
25 y 26 de octubre
Ilunion Alcora Sevilla



XXXIX Congreso de la semFYC

DEL 9 AL 11 DE MAYO
DE 2019
MÁLAGA

*Con la familia
y su comunidad*



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria