

# CADERNOS

## de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia



Vol. 25 (2)  
OUTUBRO 2019



### Editorial científica

#### ¿Existe la investigación en Atención Primaria?

Ana Clavería Fontán.

Páx. 3 - 4

### Orixinais

#### Análisis de las consultas de peregrinos al servicio de urgencias de un hospital en el Camino de Santiago.

Analysis of the pilgrims consultations at the emergency service of a hospital in the "Camino de Santiago".

Rubén Eduardo Molano Zárate.

Páx. 5 - 8

#### Evaluación de la adecuación a las guías clínicas en la insulinización de personas con diabetes de un cupo de Atención Primaria.

Evaluation of the adequacy to the clinical guidelines in the insulinization of diabetics of a quota of Primary Care.

Alain García de Castro, Carla Blanco Vázquez, Begoña Bravo Bueno, Nerea López Ocaña, Francisco Javier Maestro Saavedra.

Páx. 9 - 11

### Para saber máis...

#### Infecciones del tracto urinario. Abordaje clínico y terapéutico.

Alejandra Marco Rodríguez, Enrique Nieto Pol.

Páx. 12 - 16

#### Tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna. Revisión bibliográfica.

Review of malignant bowel obstruction and its medical management.

Lara Otero Plaza, Víctor Sacristán Santos

Páx. 17 - 21

### Casos clínicos

#### Varón hipertenso con alteraciones en el ECG de control.

Male with arterial hypertension and alterations in electrocardiographic control.

Varón Hipertenso con alteración no ECG de control.

Alberto Lema Fernández, Juan Carlos Fernández Fernández, Norberto Proupín Vázquez.

Páx. 22 - 23

#### Radioterapia, el antecedente personal olvidado.

Radiation therapy, the forgotten personal history.

Radioterapia, o antecedente persoal esquecido.

Beatriz Álvarez Sobrado, Antía Pérez Orozco, Cristina Álvarez Sobrado.

Páx. 24 - 25

#### Nódulos de Orf

Orf nodules / Nódulos de Orf

Cristina Rúa Castro, José Benito Martínez Rodríguez.

Páx. 26 - 27

#### Síndrome de Stokes-Adams: importancia de monitorizar al paciente.

Stokes-Adams syndrome: importance of monitoring the patient.

María Goretti Buceta Eiras.

Páx. 28 - 29

### Especial Abstracts Premios á Investigación para Residentes de Atención Familiar e Comunitaria da EOXI de Vigo. 3ª Edición.

Páx. 30 - 39

### Humanidades

#### Una nueva experiencia: rotación externa en Delsbo, Suecia.

A new experience: externship in Delsbo, Sweden.

Unha nova experiencia: rotación externa en Delsbo, Suecia.

Gloria González Cristobo, Noelia Chaves Serantes, Antonio Ángel Regueiro Martínez, Juan Carlos Eirea Eiras.

Páx. 40-41

### Cartas ao Editor

#### Eclipsamiento diagnóstico y salud mental. La importancia de una mirada no discriminadora.

Diagnostic overshadowing and mental health. The importance of a non-discriminating or totalizing view.

Sonia Pedrosa Armenteros, Anna Salas Martínez, Daniel Vicente Rivera, Elena Morón Martínez.

Páx. 42 - 43

#### Comité editorial

M<sup>a</sup> Dolores López Fernández  
Francisco Javier Formigo Couceiro  
Eva Jacob González

#### Editores eméritos

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)  
Ramón Veras Castro (2005-2012)  
Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)  
Ana Paula Núñez Gavino (2016)  
Víctor Julio Quesada Varela (2017)

#### Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

#### Consello asesor:

Ana Clavería Fontán	Ramón Veras Castro
Susana Aldecoa Landesa	Ana Carvajal de la Torre
Julia Bóveda Fontán	M <sup>a</sup> Jesús Cerecedo Pérez
José Luis Delgado Martín	Jesús Combarro Mato
Carlos Eirea Eiras	Bernardino Pardo Teijeiro
Antonio Regueiro Martínez	Francisco Martínez Anta
Pilar Gayoso Diz	Juan Francisco Ollarves
Raimundo Gulín González	Susy Osinaga Peredo
Enrique Nieto Pol	José Ramón Moliner de la Puente
Lucía Barreiro Casal	Susana Hernáiz Valero
Ana Prada Vigil	



#### Editada por:

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA  
FAMILIAR E COMUNITARIA  
[www.agamfec.com](http://www.agamfec.com)

#### Redacción - Secretaria Técnica:

CYEX CONGRESOS, S.L.  
C/. Ferrol, 2. Edificio Cyex  
15897 Santiago de Compostela (A Coruña)  
T: 981 555 720 • e-mail: [secretaria@agamfec.com](mailto:secretaria@agamfec.com)  
<https://www.agamfec.com/contacte-con-agamfec/>

Dep. Legal: C-1072/94  
I.S.S.N.: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de  
Sanidade como Soporte Válido 94032R.

Diseño e maquetación: Modográfica.

I.S.S.N. (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde.

Acceso: Gratuito.

Mención específica de dereitos: Non.

URL intruções autores:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

¿Permite o auto-arquivo? Sí.

Versión auto-arquivo: Post-print (versión editorial).

¿Cando? Inmediatamente despois da publicación.

¿Onde? Web persoal, Repositorio Institucional, Repositorio temático.

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

## ¿Existe la investigación en Atención Primaria?

Ana Clavería Fontán<sup>1</sup>.

1 TÉCNICA DE SAÚDE DE LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO. VOCAL DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDADE GALEGA DE ATENCIÓN FAMILIAR E COMUNITARIA. INVESTIGADORA PRINCIPAL DEL GRUPO I-SAÚDE DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. NODO DE GALICIA DE LA RED ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. MIEMBRO DE LA EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK.

Por supuesto que sí. Y existe por diversos motivos:

### “PORQUE QUIERO HACER CURRÍCULUM”

Es tan obvio que no hay ni que decirlo.

Lo que resulta menos obvio es que los cursos de formación en investigación durante el período de especialización son baremables, al menos en las oposiciones del SERGAS, a diferencia del resto de cursos realizados durante la residencia<sup>(1)</sup>.

Investigar en este contexto, no es solo hacer investigación, es también formarse y publicar. Cualquiera de estas opciones es puntuable, si se acredita adecuadamente.

Lo que no es tan claro es la puntuación que esto supone. Suele variar de una convocatoria a otra y de una comunidad autónoma a otra, hay que comprobarlo siempre.

### “PORQUE QUIERO APRENDER”

Que en Medicina hay que estudiar toda la vida, es de todos sabido. De hecho, muchos escogimos esta carrera precisamente por eso, por la fascinación de aprender, por la autoexigencia que la profesión implicaba. Y no nos defraudó.

Desgraciadamente, la ley del rendimiento decreciente se aplica también al aprendizaje. Al principio es infinito, excitante, incluso urgente. Con el tiempo, con una consulta estable, con el dominio de la variabilidad clínica que se nos demanda, el aprendizaje es cada vez más difícil.

Y entonces es cuando la investigación llega para salvarnos. Porque una pregunta lleva a otra, un debate lleva a otro, un proyecto se convierte en camino. Con el proyecto, llegan también personas con quienes compartir las dudas, los avances, de quienes aprender.

La investigación no es juntar datos de pacientes y medir. La investigación es reflexión, eso que nos enseñan los tutores durante la residencia, y poco a poco convertimos en automatismos.

Así me lo contó Tony Heymann en una pausa de un congreso de la European General Practice Research Network (EGPRN), hace quizá ocho años. Después, escuchamos y discutimos muchas ideas de profesionales que venían de toda Europa, con preguntas que ni siquiera nos habían pasado por la cabeza antes, abriendo puertas y ventanas<sup>(2)</sup>.

### “PORQUE QUIERO MEJORAR LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA”

Si queremos transformar la práctica clínica y/o el sistema de salud, la investigación es esencial. Con ella se introducen nuevas evidencias que aplicaremos con pacientes y, a veces, con comunidades<sup>(3-5)</sup>.

Pero la imbricación de la investigación en nuestro entorno exige cambios profundos de cómo nos organizamos, a todos los niveles. Primero es necesaria una agenda de investigación orientada a atención primaria<sup>(6)</sup>, como diseñó la EGPRN hace 10 años y que ahora estamos actualizando; muy lejos de la orientación/abducción por la biomedicina y el desarrollo empresarial. Lo siguiente son convocatorias específicas para la financiación de proyectos en atención primaria, siguiendo el ejemplo de algunas comunidades autónomas (Andalucía, Cataluña, Castilla-León...); si se invierte, Primaria crece en publicaciones y en proyectos financiados internacionalmente. Como ha ocurrido con la integración asistencial, la investigación de AP debe tener su propio instituto de gestión de la investigación; este elemento se ha demostrado clave en Cataluña<sup>(7)</sup> y recientemente en Madrid<sup>(8)</sup>.

Además de los cambios sistémicos, este giro tiene que llegar a los profesionales, donde quiera que estén. Necesitan tiempo, formación, apoyo; empezando por, como mínimo, un técnico de salud por unidad docente de atención primaria. Implica, sin excusas, conseguir que sean coherentes estos cambios con su implantación real.

Supone revisar la organización de los centros, el impacto en carrera profesional y la incorporación de profesionales con los requisitos preceptivos.

Es inexcusable cumplir con los criterios de calidad exigidos para la docencia especializada, apoyar decididamente a tutores, centros y unidades docentes, tanto laboral como económicamente. Es inexcusable la ausencia de un Departamento de Medicina de Familia en nuestras Universidades y del doctorado que le acompañaría.

En Galicia, aquí y ahora, hacemos una investigación tan heroica como la viticultura de la Ribeira Sacra.

Y a pesar de las dificultades, la hacemos. Acabamos de celebrar el 89ª Meeting de la European General Practice Research Network (EGPRN)<sup>(9)</sup>, integrando las XXIII Jornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC). Muchos pensaban que era imposible organizar una conferencia internacional aquí, que no vendría nadie, que entre nosotros no había quien hablara en inglés.

La realidad es que asistieron 170 profesionales de toda Europa y otros continentes (Asia, África, América), y casi el 25% de las comunicaciones que presentaron fueron de origen gallego.

Queremos que este encuentro sea un estímulo para la transformación de atención primaria en Galicia. Su tema es "General Practice and the Community: research on health service, quality improvements and training". Con este objetivo compartido, pretendemos estimular la reflexión sobre lo que hacemos y lo que queremos lograr, porque somos conscientes de que escuchar, preguntar y colaborar son nuestras mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas.

Qué es investigar si no.

### **"Porque no soy capaz de no hacerlo".**

Fernando Lago dixit, con la desesperación que comparto.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. DOGA. RESOLUCIÓN de 21 de mayo de 2019, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se convoca concurso-oposición para el ingreso en la categoría de médico/a de familia de atención primaria.
2. Prof. Tony Heymann. Pre-conference Workshop "The Pitfalls and Advantages of Big Data. Research in General Practice". European General Practice Research Network Conference. Tel Aviv-Jaffa (Israel). 20th -24th May, 2016.
3. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. WHO/HIS/SDS/2015.7 [Acceso 7/10/2019: <https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>]
4. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Toward a Primary Care Strategy for Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement, pp 57, 2012.
5. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, Lobo M, Santos P, Freitas A. Primary health care quality indicators: An umbrella review. PLoS One. 2019 Aug 16;14(8):e0220888. doi: 10.1371/journal.pone.0220888. eCollection 2019. PMID: 31419235.
6. (Eva Hummers-Pradier, Martin Beyer, Patrick Chevallier, Sophia Eilat-Tsanani, Christos Lionis, Lieve Peremans, Davorina Petek, Imre Rurik, Jean Karl Soler, Henri E.J.H. Stoffers, Pinar Topsever, Mehmet Ungan, Paul van Royen. Agenda de Investigación para Medicina General / Medicina de Familia y Atención Primaria en Europa. [https://www.egprn.org/file/50dfb9c4-c915-479b-92e2-2c00c556835b/RA\\_EGPRN\\_espan%CC%83ol.pdf](https://www.egprn.org/file/50dfb9c4-c915-479b-92e2-2c00c556835b/RA_EGPRN_espan%CC%83ol.pdf)
7. Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). [Acceso 7/10/2019: <https://www.idiapjgol.org/index.php/es/>]
8. Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica en Atención Primaria (FIIBAP). [Acceso 7/10/2019: <http://www.fiibap.org/>]
9. European General Practice Research Network. <https://meeting.egprn.org/>

# Análisis de las consultas de peregrinos al servicio de urgencias de un hospital en el Camino de Santiago.

Analysis of the pilgrims consultations at the emergency service of a hospital in the "Camino de Santiago".

*Análise das consultas de peregrinos ao servizo de urxencias dun hospital no Camiño de Santiago.*

Rubén Eduardo Molano Zárate.<sup>1</sup>

1 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. MÉDICO DE URGENCIAS HOSPITAL EL BIERZO – PONFERRADA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Rubén Eduardo Molano Zárate. e-mail: rubenmolanozarate@gmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 5 - 8

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las consultas de urgencia realizadas por peregrinos del Camino de Santiago al Servicio de Urgencias (SU) del hospital El Bierzo de Ponferrada, ubicado en el trayecto del llamado camino francés.

**Metodología:** Se registraron las variables a medir en el estudio de aquellos pacientes que consultaron el SU del hospital El Bierzo de Ponferrada, entre el 15 de mayo y 15 de septiembre de 2016, y que manifestaron ser peregrinos del Camino de Santiago. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo.

**Resultado:** El motivo de consulta traumático tuvo una incidencia del 57,1% y las causas médicas un 42,9%. Los diagnósticos más frecuentes fueron el esguince de tobillo y la gastroenteritis aguda respectivamente. El 43,8% de los pacientes requirieron algún procedimiento, y se realizaron 127 pruebas diagnósticas. El 8,93% debieron ser ingresados para tratamiento hospitalario.

**Conclusiones:** La realización del Camino de Santiago reúne a una variada población. A pesar de tratarse de una actividad física, quienes la realizan, pueden presentar eventos traumáticos pero también patologías orgánicas. Estas situaciones ocasionan consultas a los dispositivos de urgencias localizados en el recorrido. Sería interesante determinar en futuros estudios, el impacto que estas consultas condicionan en cuanto a la utilización de recursos técnicos y humanos en dichos dispositivos.

**Palabras clave:** Peregrinos, Camino de Santiago, Consultas de peregrinos, urgencias en senderismo.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the emergency consultations made by pilgrims on the Camino de Santiago to the Emergency Service (SU) of the El Bierzo de Ponferrada hospital, located on the path of the so-called French road.

**Methodology:** We registered the study variables of those patients who consulted the Emergency Service of the El Bierzo de Ponferrada hospital, between May 15 and September 15, 2016 and who claimed to be pilgrims on the Camino de Santiago. Subsequently, a descriptive analysis was made.

**Results:** The traumatic consultations had an incidence of 57.1% and medical causes 42.9%. The most frequent diagnoses were ankle sprain and acute gastroenteritis respectively. 43.8% of the patients required some procedure, and 127 diagnostic tests were performed. The 8.93% had to be admitted for hospital treatment.

**Conclusions:** The completion of the Camino de Santiago brings together a varied population. Despite being a physical activity, those who perform it, can present traumatic events, but also organic pathologies. These situations cause consultations to the emergency devices located on the route. It would be interesting to determine in future studies, the impact that these consultations condition in terms of the use of technical and human resources in these devices.

**Keywords:** Pilgrims, Camino de Santiago, Pilgrim consultations, trekking emergencies.

## INTRODUCCIÓN

El Camino de Santiago es una de las peregrinaciones más antiguas conocidas. En los últimos años, se ha convertido además en una ruta por etapas para senderistas y cicloturistas cada vez más visitada por personas del mundo entero. En 1985 llegaron a Santiago de

Compostela 1.245 peregrinos, mientras que en el año 2010 la cifra había aumentado a 272.703 personas. Aproximadamente la mitad eran originarios de fuera de España, y la mayoría tenían entre 30 y 60 años de edad<sup>(1)</sup>.

Al tratarse de una actividad física, los peregrinos del Camino de Santiago son susceptibles de presentar patologías traumáticas,

pero también pueden presentar dolencias médicas<sup>(2)</sup>, ya sea por complicación de enfermedades preexistentes o por condiciones patológicas que se presenten durante el tiempo de peregrinación<sup>(3)</sup>.

En caso de requerir atención sanitaria, los peregrinos deben acudir a los dispositivos de urgencia distribuidos a lo largo de las rutas<sup>(4)</sup>, con las consiguientes dificultades como:

- Desconocimiento de la historia clínica (antecedentes, alergias, tratamientos, etc.).
- Barreras idiomáticas.
- Potenciales complicaciones que requieran manejo de mayor complejidad.
- Ausencia de acompañantes.
- Falta de soporte para manejo de la convalecencia.

Es necesario por lo tanto, analizar el impacto que estas consultas tienen en dichos dispositivos, no solo desde el punto de vista asistencial, sino también económico y logístico.

Por ello el objetivo de este estudio fue analizar las consultas de urgencia realizadas por peregrinos del Camino de Santiago al Servicio de Urgencias (SU) al hospital El Bierzo de Ponferrada, ubicado en el trayecto del llamado camino francés.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal, siendo el único criterio de inclusión: todos los pacientes que consultaron el servicio de urgencias (SU) del Hospital El Bierzo de Ponferrada durante el periodo comprendido entre el 15 de mayo y el 15 de septiembre de 2016, y que manifestaron ser peregrinos del Camino de Santiago.

Una vez culminada la atención de urgencia de los pacientes que cumplieron el criterio de inclusión, se registraron los datos en una tabla diseñada para tal fin, con las variables a analizar: edad, sexo, país de procedencia, forma de acceso a urgencias (iniciativa propia, derivación desde Punto de Atención Continuada-PAC o ambulancia), motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico definitivo y destino al alta. Al finalizar el periodo de recolección de datos, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

Se definió como motivo de consulta traumático, toda dolencia mecánica, músculo esquelética o de tejidos blandos, derivada de la actividad física, caídas, heridas o contusiones. Por otra parte, se determinó que sería motivo de consulta médico, toda patología orgánica, ya fuese una complicación de enfermedades previas, o desarrolladas durante la realización del Camino.

Inicialmente, se determinó la cantidad de peregrinos que consultaron el SU en el periodo revisado, y su forma de acceso a urgencias, ya fuera en ambulancia, por iniciativa propia, o derivados desde algún punto de atención primaria. Después fueron clasificados según sexo, rango de edad, nacionalidad y motivo de consulta.

Analizamos la distribución entre los motivos de consulta traumático y médico, según las definiciones preestablecidas, las actuaciones requeridas en el servicio de urgencias tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de dichos episodios, y finalmente el

destino del paciente al finalizar la atención en el SU, ya fuera alta, ingreso, traslado, etc.

## RESULTADOS:

En el periodo evaluado, consultaron el SU un total de 112 peregrinos, 86 (76,8%) por iniciativa propia, 18 (16,1%) traídos en ambulancias del Servicio de Salud de Castilla y León SACYL y 8 (7,14%) remitidos desde centros de atención primaria.

De ellos, 52 eran varones con una media de edad de 41,25 años y 60 mujeres con una media de edad de 42,06 años, distribuidos en un total de 23 nacionalidades siendo originarios de fuera de España el 70,5%.

De acuerdo con el tipo de consulta, 64 consultas (57,1%) fueron de origen traumático y 48 consultas (42,9%) de origen médico (Gráfico 1). El diagnóstico traumático de mayor incidencia fue el esguince de tobillo (20%), seguido de fracturas de huesos (18,48%) y la bursitis de rodilla (10,77%). En cuanto a los diagnósticos de origen médico, el más frecuente fue la gastroenteritis aguda (8,51%) seguido del cólico nefrítico (6,38%) y de la infección de vías urinarias (6,38%) (Tabla 1).

Gráfico 1: Tipo de consulta

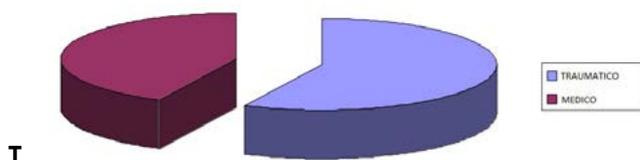


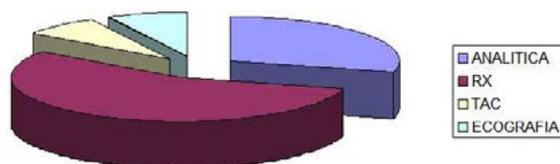
TABLA 1. Distribución de los diagnósticos de mayor incidencia.

ORIGEN MÉDICO	N	%	ORIGEN TRAUMÁTICO	N	%
GASTROENTERITIS (G.E.A.)	4	8,51	ESGUINCE TOBILLO	13	20,00
CÓLICO NEFRÍTICO (C.R.U.)	3	6,38	BURSITIS RODILLA	7	10,77
INFECCIÓN URINARIA (I.T.U.)	3	6,38	TCE	5	7,69
AMIGDALITIS	2	4,26	TENDINITIS PATA GANSO	3	4,62
ANAFILAXIA	2	4,26	AMPOLLAS PIE	2	3,08
ANGIOEDEMA ALÉRGICO	2	4,26	CERVICALGIA TRAUMÁTICA	2	3,08
BRONQUITIS	2	4,26	CONTUSIÓN RODILLA	2	3,08
CATARRO	2	4,26	FRACTURA BASE 4º METATARSIANO	2	3,08
CELULITIS	2	4,26	FRACTURA BASE 5º METATARSIANO	2	3,08

ORIGEN MÉDICO	N	%	ORIGEN TRAUMÁTICO	N	%
URTICARIA	2	4,26	FRACTURA CLAVÍCULA	2	3,08
HEMORRAGIA GENITAL	1	2,13	HERIDA MANO DERECHA	1	1,54
HEMORROIDE AGUDA	1	2,13	LUXACIÓN DEDO MANO	1	1,54
MIGRAÑA	1	2,13	PERFORACIÓN OCULAR	1	1,54
NEUMONIA DERECHA	1	2,13	ROTURA FIBRILAR	1	1,54
PERFORACIÓN INTESTINAL	1	2,13	SOBRECARGA MUSCULAR	1	1,54
PERICARDITIS INFECCIOSA	1	2,13	ULCERA CORNEAL	1	1,54
QUISTE OVÁRICO ROTO	1	2,13	TALALGIA	1	1,54
SCACEST	1	2,13			
SEPSIS	1	2,13			
SIALOADENITIS	1	2,13			

Se realizaron un total de 127 pruebas diagnósticas, siendo la más frecuente la radiografía simple (55,9%), seguida de la analítica básica de urgencias (29,1%), la ecografía (7,87%), y la Tomografía Axial Computarizada TAC (7,09%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución de pruebas complementarias



Por procedimientos en el SU, se realizaron 27 vendajes (55,1%), 19 férulas de yeso (38,8%) y 3 suturas (6,12%).

Finalmente en cuanto al destino de los pacientes, 85 fueron dados de alta (75,9%), 17 requirieron período de observación en urgencias (15,2%) y 10 (8,93%) debieron ser ingresados. De ellos, 2 para intervención quirúrgica con diagnóstico de perforación intestinal, y una paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) del hospital, con diagnóstico de sepsis. Un paciente fue trasladado al Complejo Asistencial Universitario de León, con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo con Elevación del segmento "ST" (SCACEST).

#### DISCUSIÓN:

Una de las limitaciones del estudio, es haberlo realizado solamente en un SU en el recorrido del Camino de Santiago, su reproducción

en más centros del recorrido incluyendo hospitales, centros de salud y Puntos de Atención Continuada, aumentaría la consistencia de los hallazgos.

Granero Gallegos et. al.<sup>(2)</sup>, realizaron en 2006 un estudio con los peregrinos del Camino de Santiago consistente en una encuesta a pie de camino acerca de las lesiones y problemas físicos padecidos durante la ruta. Coincidiendo con nuestro estudio, determinaron que las dolencias más frecuentes son de tipo traumático, siendo las más comunes las ampollas en los pies y las tendinitis. Por contra, la patología médica más frecuente fue la migraña con un 19,5%. En nuestro estudio, este diagnóstico tuvo una incidencia del 2.13%.

Por su parte, Giménez Durán et. al.<sup>(3)</sup>, analizaron en su trabajo de 2010 la incidencia y factores de riesgo de la gastroenteritis aguda en los peregrinos en la porción gallega del Camino de Santiago, durante el verano de 2008. Determinaron una incidencia de gastroenteritis aguda del 13,8% siendo el germen causal más frecuentemente aislado el Norovirus. Este trabajo sin embargo, no menciona la participación de ningún dispositivo de urgencias del recorrido en el diagnóstico y/o tratamiento de los peregrinos afectados.

Dado el volumen de consultas del SU analizado con una media de 282 urgencias al día<sup>(5)</sup>, el volumen de consultas por parte de los peregrinos del Camino de Santiago (112 en el periodo evaluado), no parece ser suficiente para impactar de manera significativa en el funcionamiento habitual del SU.

Sería interesante la realización de estudios similares en dispositivos de urgencias más cercanos a la ciudad de Santiago de Compostela, para verificar si la tendencia observada se mantiene, ya que la cantidad de peregrinos aumenta radicalmente en las últimas etapas.

#### AGRADECIMIENTOS:

Al personal administrativo, facultativo y de enfermería del servicio de urgencias. Sin su valiosa colaboración, hubiese sido imposible la realización del presente trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Informe anual de la Oficina de acogida al peregrino – Arzobispado de Santiago de Compostela. Consultado en : [www.peregrinossantiago.es](http://www.peregrinossantiago.es).
- Granero Gallegos A. (2006). Injuries and physical problems suffered by walking and cycling people in a route by stages. The example of the way of Camino de Santiago. Rev. Int. Med. Cienc. Act. Fis. Dep., 6: 99-109.
- Giménez Durán J. (2010). Incidencia y factores de riesgo de gastroenteritis en los peregrinos del Camino de Santiago durante el verano de 2008 en el Camino Francés. Gac. Sanit., 24(6): 487-90.
- Guía de emergencias para la peregrinación por los caminos de Santiago. Protección Civil, Xunta de Galicia. (2018). Folleto de edición propia de la Xunta de Galicia en colaboración con la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.
- Memoria EFQM - Hospital El Bierzo 2012. Consultada en [www.agoraceg.org](http://www.agoraceg.org)

## PUNTOS CLAVE

### HECHOS CONOCIDOS

No hay trabajos publicados conducentes a estudiar el impacto de las consultas de los peregrinos del Camino de Santiago al servicio de urgencias de un hospital ubicado en la ruta del recorrido.

La confluencia de peregrinos en las diferentes rutas, no ha parado de aumentar en los últimos años.

Es necesario establecer si el notable aumento de peregrinos del Camino de Santiago, trae consigo un aumento en las consultas de urgencias en los diferentes dispositivos localizados a lo largo de la ruta, el tipo de consulta que realizan, y el impacto funcional y económico que conlleva.

Al tratarse de una actividad física, podría pensarse que la mayoría de las consultas de urgencias por parte de los peregrinos, sería de origen mecánico o traumatológico.

### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

A pesar de tratarse de una actividad física, los peregrinos del Camino de Santiago que consultaron el servicio de urgencias estudiado, padecían en un alto porcentaje patologías orgánicas que requirieron en la mayoría de los casos pruebas complementarias, tratamientos intravenosos, períodos de observación, ingreso hospitalario y cirugía.

Se plantea la necesidad de realizar la misma valoración en otros dispositivos ubicados en la ruta, para establecer si la tendencia observada se mantiene.

# Evaluación de la adecuación a las guías clínicas en la insulinización de personas con diabetes de un cupo de Atención Primaria.

Evaluation of the adequacy to the clinical guidelines in the insulinization of diabetics of a quota of Primary Care.

Alain García de Castro<sup>1</sup>; Carla Blanco Vázquez<sup>1</sup>; Begoña Bravo Bueno<sup>1</sup>; Nerea López Ocaña<sup>1</sup>; Francisco Javier Maestro Saavedra<sup>2</sup>.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 9 - 11

1 MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE ELVIÑA, A CORUÑA.

2 MÉDICO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE ELVIÑA, A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alain García de Castro. e-mail: ralaingarcia@hotmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** Control de calidad asistencial sobre los pacientes con diabetes de nuestro cupo: objetivar si se comienza tratamiento con insulina según la evidencia científica.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal, seleccionando a todos los pacientes de nuestro cupo codificados como "Diabetes mellitus", a fecha de 1 de abril de 2018. Se cuantificó quiénes cumplían criterios para insulinización según el "Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS", basándose en los evolutivos de los profesionales sanitarios, la ficha de prescripción de cada paciente y la última analítica de control diabetológico realizada. Entre ellos, se analizó cuántos estaban siendo tratados con dicha sustancia y cuántos no.

**Resultado:** Se objetivó que de los 127 pacientes con diabetes de nuestro cupo, 46 (el 36,22%) cumplían criterios de insulinización. Entre estos últimos, el 52,17% estaban a tratamiento con algún tipo de insulina.

**Conclusiones:** Las guías sobre diabetes no suelen establecer criterios absolutos para comenzar la insulinización, supeditando esta intervención a las características de cada paciente en concreto; por ello, es posible que este estudio sobreestime los pacientes que deben ser tratados con esta sustancia. Aun así, vemos excesivo que prácticamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de insulinización según la RedGDPS no la reciban. Este hecho se debe, muy probablemente, al rechazo que, todavía hoy, profesionales de la salud y pacientes sienten hacia la insulina. Normalizar su uso con intervenciones tipo educación individual puede ayudarnos a unos y otros a superar esta barrera.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus; insulinización; educación.

## ABSTRACT

**Objective:** The main objective is to know the healthcare quality of our diabetic patients quota and to determine if insulin therapy was initiated following scientific evidence.

**Methodology:** It's a cross-sectional study which includes all patients of our quota who were labelled as "Diabetes mellitus" until 1<sup>st</sup> April 2018. Those patients who meet insulin therapy criteria have been quantified following the recommendations of "RedGDPS": "Consensus on insulin treatment in type 2 diabetes"; quantification has been undertaken using health professionals' notes, the prescription file of each patient and their last blood test. It has been also analyzed how many of these patients were treated with this drug and how many of them were not.

**Results:** It has been observed that 46 patients (36,22%) of our quota (total diabetic patients: 127) meet the insulin therapy criteria. 52,17% of these patients followed a treatment with some type of insulin.

**Conclusions:** The diabetic mellitus guidelines do not usually establish absolute criterias to begin an insulin treatment: the decision should be taken based on the characteristics of each patient. Therefore, it's possible that this study overestimates the number of patients who should be treated with this drug. In spite of that, it should be noted that almost half of the patients that meet the "RedGDPS"'s insulin treatment criteria did not receive this therapy. This fact is probably due to the rejection of insulin treatment that many healthcare professionals may feel. Some measures, as the individual health education, can be very helpful to normalize the use of this drug.

**Keywords:** Diabetes mellitus; insulinization; education.

## INTRODUCCIÓN

En 1921 cambió completamente el paradigma de tratamiento de la diabetes (basado en la dieta) con el aislamiento de la insulina y su posterior comercialización en 1922. Desde entonces constituye un elemento insustituible en todas las fases de dicha enfermedad, siendo necesaria en prácticamente una quinta parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2<sup>1</sup>. Además, se ha constatado que es segura y efectiva si se siguen los esquemas de tratamiento y que su uso temprano favorece el control a largo plazo<sup>2</sup>.

A pesar de ello, siguen existiendo múltiples barreras, siendo el médico el principal causante de la demora en su introducción, que suele ser de unos 10 a 15 años tras el diagnóstico<sup>3</sup>.

Con estos datos encima de la mesa nos planteamos realizar un control de calidad asistencial sobre los pacientes con diabetes de nuestro cupo con el fin de objetivar si comenzamos la insulino terapia en aquellas personas que cumplen criterios para ello, según la evidencia científica disponible.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El siguiente estudio transversal se realizó en el Centro de Salud urbano de Elviña, en A Coruña. Tanto la captación de pacientes como la recogida de los datos a analizar se llevaron a cabo mediante el sistema aplicativo IANUS AP.

A fecha 1 de abril de 2018, se seleccionó a todos los pacientes de un mismo cupo codificados como "Diabetes mellitus" según el sistema CIE-10, tanto insulino como no-insulinodependientes, que corresponden a los códigos E10-E14. En total sumaron 127 sujetos de los cuales 81 (63,8%) eran hombres y 46 (36,2%) mujeres. La edad media fue de 67,6 años.

Se cuantificó quiénes cumplían criterios para la insulización según el "Consenso para la insulización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS" (Tabla 1). Dichos criterios son una agrupación realizada por los propios autores de este artículo de las ideas presentes a lo largo de todo el documento reseñado. No se han añadido a los mismos los criterios de insulización al diagnóstico, al tratarse de un estudio transversal sobre pacientes ya diagnosticados y codificados como pacientes con diabetes. Para la recolección de dichos criterios nos basamos en los evolutivos de los profesionales sanitarios reflejados en la historia clínica electrónica, en la ficha de prescripción de cada paciente (teniendo en cuenta sólo aquellos fármacos que estaban siendo recogidos periódicamente en farmacia) y en la última analítica de control diabetológico realizada que incluyera hemoglobina glicosilada (HbA1). La media de esta última fue de 7,15%.

Con todo lo expuesto, se analizó cuántos pacientes estaban siendo tratados con insulina y cuántos no.

## RESULTADOS

Se objetivó que 46 pacientes con diabetes del cupo analizado (36,22%) cumplían criterios de insulización. Entre estos últimos, 24 (52,17%) estaban a tratamiento con algún tipo de insulina, tal y

como se puede apreciar en la figura 1.

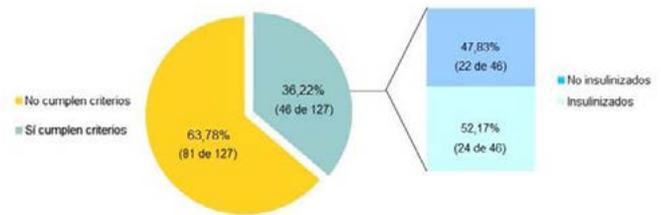


Figura 1. Porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de insulización (gráfico de la izquierda) y de pacientes que han recibido o no insulina habiendo cumplido dichos criterios (gráfico de la derecha).

## DISCUSIÓN

Antes de nada, hay que tener en cuenta las limitaciones de este estudio. Se trata de un estudio unicéntrico realizado sobre un conjunto de personas con diabetes que comparten el mismo equipo médico. Además, las guías sobre diabetes no suelen establecer criterios absolutos para comenzar la insulización, supeditando esta intervención a las características de cada paciente en concreto. Por ello, es posible que estos resultados sobreestimen las personas con diabetes que deben ser tratados con esta sustancia.

Los criterios durante el seguimiento expuestos en la tabla 1 que propone esta guía son laxos, siendo la ausencia de control a pesar de 3 fármacos antidiabéticos la única regla "absoluta". Además, indican que debería comenzarse con insulino terapia al inicio de la enfermedad si aparece pérdida de peso inexplicable por otra causa, cetonuria intensa o síntomas cardinales de diabetes<sup>1</sup>.

**Tabla 1. Criterios de insulización según el "Consenso para la insulización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS"<sup>1</sup>. Elaboración propia.**

Permanente	Transitoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ausencia de control (HbA1 &gt;7) a pesar de 3 fármacos antidiabéticos orales.</li> <li>· HbA1 8-10 o GB 180-240 con síntomas.</li> <li>· HbA1 &gt;10 o GB &gt; 240 asintomático.</li> <li>· Situaciones especiales: Paliativos, fragilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Enfermedad febril.</li> <li>· Traumatismos graves.</li> <li>· Tratamiento corticoideo.</li> <li>· Cirugía mayor.</li> <li>· Embarazo.</li> <li>· Hospitalizaciones...</li> </ul>

HbA1: Hemoglobina glucosilada A1.

GB: Glucemia basal.

La American Diabetes Association (ADA), en su versión más reciente (2019)<sup>4</sup>, va más allá y propone iniciar la insulina durante el seguimiento si no se consigue el control a pesar de tratamiento con cuatro fármacos antiglicemiantes, siendo el último un agonista del receptor GLP1. Por supuesto, no es una regla de oro, por lo que habría que iniciar insulina en casos con síntomas cardinales o HbA1 > 11%.

A pesar de todo ello, parece alarmante que prácticamente la mitad de nuestros pacientes que cumplen criterios de insulización

según la RedGDPS no la reciban. Existen diferentes barreras a este tratamiento. Por una parte, los pacientes refieren rechazo por ansiedad, falta de conocimiento y sentimientos negativos asociados a su uso, la atribución de síntomas físicos como el aumento de peso o la ceguera, el uso de terapias alternativas o la opinión de la familia<sup>5</sup>. Por su parte, las barreras de los médicos incluyen la baja percepción de eficacia, el temor a la hipoglucemia y al aumento de peso, la inercia terapéutica, el temor al incumplimiento del tratamiento por parte del paciente...<sup>6</sup>. Sobre este tema se realiza un estudio descriptivo en la Ciudad de Xalapa, en Méjico, donde se resumen las principales barreras encontradas en entrevistas con profesionales de la salud (tabla 2)<sup>5</sup>.

**Tabla 2. Barreras a la hora de comenzar la insulinoterapia<sup>5</sup>.  
Elaboración propia.**

Del personal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Desconocimiento del valor de la insulinización temprana como opción terapéutica.</li> <li>· Falta de formación en educación al paciente.</li> <li>· Miedo a posibles efectos adversos.</li> </ul>
De la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Desconfianza hacia el paciente.</li> <li>· Uso de lenguaje poco comprensible.</li> <li>· Frustración</li> </ul>
Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Escaso tiempo por consulta.</li> <li>· Políticas que benefician a otras terapias antidiabéticas concretas.</li> <li>· Escaso apoyo multidisciplinario.</li> </ul>

Una de las estrategias más efectivas para prevenir este retraso en el inicio de la insulinización es el empoderamiento del paciente. Disminuye las complicaciones a corto, medio y largo plazo y favorece una mejor calidad de vida. Además, el primer contacto del paciente con diabetes con la insulina va a influir en su evolución posterior (grado de cumplimiento, autonomía...). En este sentido, la educadora Esmeralda Martín González nos propone un programa de iniciación a la insulina organizado en tres días (resumido en la tabla 3)<sup>1</sup>.

**Tabla 3. Programa educativo de iniciación a la insulina y/o debut de diabetes que precisa insulina<sup>1</sup> (adaptado).**

Día 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Informar: ¿Por qué necesita insulina? ¿Qué es la insulina?...</li> <li>· Entrega de glucómetro, explicar manejo y autocontrol.</li> <li>· Jeringas y plumas: explicar técnica.</li> <li>· Hipoglucemia.</li> <li>· Establecer pauta y horarios.</li> <li>· Determinar la glucemia capilar e inyectar la primera dosis.</li> <li>· Entrega de material educativo.</li> </ul>
Día 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Recordatorio del día anterior y resolver dudas.</li> <li>· Alimentación y reparto de hidratos de carbono.</li> <li>· Ejercicio físico y seguridad.</li> <li>· Autoadministración de dosis. Libreta de autoanálisis.</li> </ul>

Día 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Recordatorio del día anterior y resolver dudas.</li> <li>· Ajustar dosis y manejo de situaciones especiales.</li> <li>· Evaluación subjetiva de las habilidades adquiridas.</li> <li>· Criterios para consulta inmediata o de urgencia</li> </ul>
-------	--

Vemos, por tanto, que a las puertas del centenario de la insulina como tratamiento médico aún nos queda mucho camino que recorrer en la normalización de esta molécula; es competencia de los profesionales de la salud estar formados en su uso y educar e informar correctamente a los pacientes de sus beneficios para el control de su diabetes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Artola S, Mata M, Ezkurra P, Navarro J, Martín E. Consenso para la insulinización en diabetes mellitus tipo 2 de la RedGDPS. *Diabetes Práctica*. 2017;08(Supl Extr 4):1-24.
2. Müssig K. [Insulin therapy: as early as possible]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2016;141(8):578-579.
3. Nathan DM. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*. 2002;347:1342-1349.
4. ADA. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl. 1):S90-S102.
5. Lagunes-Córdoba R, Galindo-Guevara I, Castillo Reyes A, Romero-Aparicio C, Rosas-Santiago FJ. ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colectiva*. 2017;13(4):693-712.
6. Polinski J, Smith B, Curtis B, Seeger J, Choundhry N, Connolly J, Shrank W. Barriers to insulin progression among patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Educator*. 2013;39(1):53-65.

## PUNTOS CLAVE

### LO CONOCIDO SOBRE EL TEMA

Existen múltiples barreras, tanto por parte del médico como del paciente, para el comienzo de la insulinoterapia en personas con diabetes.

Las guías clínicas establecen criterios muy laxos sobre su introducción en el seguimiento de la enfermedad.

### APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Prácticamente la mitad de los pacientes que cumplen criterios de insulinización no la reciben.

Es necesaria una educación sistematizada sobre la insulina a los pacientes con diabetes.

# Infecciones del tracto urinario. Abordaje clínico y terapéutico.

Alejandra Marco Rodríguez<sup>1</sup>, Enrique Nieto Pol<sup>2</sup>

- 1 MÉDICO INTERNO RESIDENTE (2º AÑO) DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CONCEPCIÓN ARENAL.
- 2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CONCEPCIÓN ARENAL.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alejandra Marco Rodríguez. e-mail: alejandramarco92@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 12 - 16

El trabajo no ha precisado de ninguna fuente de financiación y la autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

**Palabras clave:** Urinary tract infection, Asymptomatic bacteriuria, Recurrent urinary tract infections

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones del trato urinario (ITU) son el segundo motivo más frecuente de consulta por patología infecciosa en atención primaria y suponen entre el 20-30% de las infecciones nosocomiales. Son procesos infecciosos con una mayor prevalencia en la mujer (sobre todo en edad fértil), inducen con frecuencia bacteriemia y se corresponden con la segunda causa más habitual de indicación de antibioterapia empírica<sup>1-5</sup>.

Una actualización de su abordaje clínico y terapéutico debe contemplar el progresivo aumento de la prevalencia de infecciones causadas por patógenos productores de betalactamasas de espectro ampliado (BLEAS) y de carbapenemasas resistentes a los tratamientos antibióticos habituales, que plantean un reto epidemiológico de importancia creciente<sup>2,3</sup>. Las ITU se pueden clasificar en cuatro grupos: infecciones nosocomiales o adquiridas en la comunidad; complicadas o no complicadas; infecciones sintomáticas o asintomáticas; altas (pielonefritis) o bajas (cistitis, prostatitis, uretritis)<sup>4,5</sup>.

## MICROBIOLOGÍA

El patógeno causal más frecuente de ITU es la *Escherichia Coli* (E-Coli), que representa alrededor de un 80% de los casos. Otros patógenos frecuentes son *Proteus spp.*, *Klebsiela spp.*, *Pseudomonas* o enterococos. Entre los adquiridos en la comunidad, el *Staphylococcus Saprophyticus* se relaciona con cistitis de repetición en mujeres sexualmente activas. La *Cándida Albicans* es un frecuente colonizador en pacientes diabéticos, cateterizados o tratados con antibióticos durante un período prolongado<sup>1,3,5,6</sup>.

## ITU COMPLICADA/ NO COMPLICADA

La definición más aceptada de ITU no complicada es la de una cistitis en una mujer en edad fértil no embarazada, sin comorbilidades como diabetes o inmunosupresión, sin alteraciones anatómicas o funcionales del sistema urogenital y sin signos de invasión de tejidos, infección sistémica o recurrencia de la infección; se puede simplificar como una ITU en una mujer sana no embarazada<sup>3,4,6,7</sup>.

ITU complicada (ITUC) es toda infección urinaria con características no incluidas en la definición previa<sup>3,4,6,7</sup>.

El principal riesgo de las ITUC se debe a las resistencias antimicrobianas y a las posibles complicaciones asociadas (bacteriemia, sepsis, abscesos, etc)<sup>4,8</sup>. Por estos motivos, en toda ITUC está siempre indicado realizar un urocultivo (UC)<sup>1,2,8,9</sup>.

## DIAGNÓSTICO

La clínica es esencial y la base del diagnóstico de una ITU. Las pruebas complementarias ayudan a confirmarlo.

Las condiciones adecuadas de recogida de la muestra de orina influyen en la precisión diagnóstica. Se debe garantizar un aseo genital previo o evitar que la orina entre en contacto con los genitales externos, que se trate de la primera orina de la mañana, que se recoja después del inicio de la micción en un frasco estéril y que se haga siempre antes del inicio del tratamiento antibiótico<sup>3,7,9</sup>.

Las pruebas complementarias que se emplean para la confirmación diagnóstica son la tira reactiva, el sedimento urinario y el UC.

La tira reactiva (o Dip-Stick) en una muestra de orina es una técnica rápida, sencilla y económica, que mide indirectamente la piuria (mediante la detección de esterasa leucocitaria) y la bacteriuria (mediante la detección de nitritos en orina). Tiene una baja sensibilidad, por lo que no se considera una prueba diagnóstica de elección. Sin embargo, el resultado negativo de las dos reacciones mejora el valor predictivo negativo (VPN) por lo que es de utilidad para descartar el diagnóstico de ITU ante una clínica no concluyente<sup>1,3,7,9,10</sup>.

El sedimento de orina, que tiene mayor validez y fiabilidad que la tira reactiva. La presencia de piuria (>10 leucocitos/mm<sup>3</sup>) de forma aislada confirma el diagnóstico de ITU en adultos siempre que haya sintomatología acompañante<sup>1,2,9</sup>.

El UC es la prueba de confirmación diagnóstica de referencia, que permite conocer el germen causal, realizar un tratamiento idóneo en base al resultado de un antibiograma y confirmar la erradicación del patógeno<sup>2,3,6,9</sup>. Se recomienda repetir el urocultivo, para confirmar la erradicación del patógeno, entre una y dos semanas después de finalizado el tratamiento<sup>11</sup>.

Para la interpretación correcta de un UC se debe establecer una relación entre el número de unidades formadoras de colonias por

mililitro de orina con la clínica, el sexo y el método de recogida de la muestra. Se sospecha contaminación cuando se encuentran más de dos microorganismos diferentes en la muestra<sup>2</sup>. La principal causa de la presencia de piuria y UC negativo es el tratamiento antibiótico previo. En ausencia de tratamiento antibiótico previo y presencia de síntomas, se debe repetir el UC y valorar el estudio de micobacterias como posibles agentes causales<sup>4,9</sup>.(Tabla1)

**Tabla 1. Interpretación diagnóstica de un Urocultivo<sup>2,9</sup>.**

	Confirmación de ITU	Bacteriuria asintomática >100.000 UFC/ml
Mujer	- Con síntomas de cistitis: >100 UFC/ml - Con síntomas de pielonefritis: >10.000 UFC/ml	- 2 urocultivos separados una semana. - 1 urocultivo positivo más un test de nitritos positivo en otra muestra.
Hombre	>1.000 UFC/ml	- 1 urocultivo.
Sonda urinaria	- Punción-aspiración suprapúbica: Cualquier recuento. - Cateterismo limpio: >100 UFC/ml. - Catéter ureteral, suprapúbico, cateterismo intermitente u orina obtenida de un paciente cuyo catéter se ha retirado hace 48h: >1.000 UFC/ml.	- 1 urocultivo.

## TRATAMIENTO EMPÍRICO

Los factores que se deben tener en cuenta a la hora de elegir un tratamiento empírico son: la etiología más probable, el mapa de resistencias bacterianas en el área, los datos clínicos, la edad y el uso previo de antibióticos<sup>2</sup>.

La elección de un antibiótico no está recomendada si su tasa de resistencias en el área supera el 20% en caso de cistitis o el 10% en caso de pielonefritis<sup>2</sup>.

## ITU NO COMPLICADA-CISTITIS EN LA MUJER NO GESTANTE

La cistitis es la inflamación de la vejiga, habitualmente de causa infecciosa, que produce un síndrome miccional (disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional) acompañado, en ocasiones, por hematuria y/o dolor suprapúbico<sup>1,3,4,6,9</sup>. En mujeres jóvenes, el 75-95% de las cistitis son atribuibles a relaciones sexuales. En la menopausia, la supresión de estrógenos puede favorecer las cistitis por colonización por *E-coli*<sup>1,2</sup>.

En una mujer sana no embarazada, con ausencia de alteración del flujo o irritación vaginal, la sola presencia de síndrome miccional es criterio diagnóstico (con un valor predictivo de cistitis superior al 90%) y criterio de inicio de terapia antibiótica empírica<sup>1,4,7</sup>. También es diagnóstica la presencia de menos de tres síntomas clásicos con una tira reactiva positiva<sup>1-3</sup>. Generalmente no se recomienda hacer UC antes del tratamiento. La recogida de muestra para la realización de un UC estaría indicada si existen dudas diagnósticas, si persiste la sintomatología a pesar del tratamiento correcto o recurre tras 2 o 4 semanas tras finalizar el tratamiento, si se sospechan resistencias antimicrobianas (para realizar un antibiograma) o si las opciones terapéuticas son limitadas debido a intolerancias medicamentosas<sup>1-3,9,12</sup>. La derivación para valoración urológica se recomienda en los casos de cistitis de repetición

complicada, en caso de sospecha de anomalías estructurales o funcionales y ante la presencia de gérmenes urolíticos como *Proteus*. Esta evaluación urológica puede incluir estudio urodinámico, cistoscopia y urografía intravenosa. La ecografía proporciona información sobre uropatía obstructiva y litiasis. Estudios más detallados precisan de realización de TAC y uroTAC<sup>1,3,13</sup>.

Muchas cistitis no complicadas pueden llegar a resolverse espontáneamente<sup>3,7</sup>. Se recomiendan como primera línea de tratamiento, por su elevada sensibilidad: Fosfomicina-trometamol 3g monodosis o Nitrofurantoína 50-100mg c/8h durante 5 a 7 días<sup>1-3,6,14</sup>. En octubre del 2018 la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), siguiendo las recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) informó sobre nuevas restricciones de uso de quinolonas y fluoroquinolonas por generar reacciones adversas musculoesqueléticas y del sistema nervioso, incapacitantes y potencialmente irreversibles, y de un riesgo aumentado de aneurisma y disección aórtica con su administración sistémica (especialmente en personas de edad avanzada)<sup>15,16</sup>. Este grupo terapéutico, que hasta el momento se podía considerar como una segunda línea de tratamiento en ITU no complicadas<sup>2</sup>, debería contemplarse como una tercera opción de tratamiento (Tabla 2).

**TABLA 2. Tratamiento empírico de las ITU<sup>1-3,6,14-16,24</sup>**

CISTITIS	1ª LÍNEA	Fosfomicina-trometamol 3g una dosis VO Nitrofurantoína 50-100mg/8h VO 5-7 días.
	2ª LÍNEA	Beta-lactámicos: - Amoxicilina- ácido clavulánico 250-500/62.5-125mg/8h VO 5 días - Cefuroxima 250mg/12h VO 5 días - Ceftibuteno 400mg VO 5 días - Cefixima 400mg/24h VO 3 días
	3ª LÍNEA	Quinolonas durante 3 días: · Ciprofloxacino 250mg/12h VO · Norfloxacino 400mg/12h VO · Levofloxacino 250mg/24h VO
PIELONEFRITIS	TRATAMIENTO AMBULATORIO	1ª LÍNEA: - Cefuroxima-axetilo 500mg/12h VO - Cefixima 400mg/24h VO Alternativas: - Aztreonam 500mg-1g/8-12h IM - Aminoglucósidos(Amikacina 500mg/24h IM; estreptomina 1g/24h IM o VO disuelto en agua; gentamicina 2mg/kg/24h IM en infecciones complicadas y recurrentes)
	TRATAMIENTO HOSPITALARIO	1ª LÍNEA: - Ceftriaxona 1-2g/24h IV - Cefotaxima 2g/6-8h IV AP/Riesgo de enterobacterias productoras de BLEES: - Carbapenems (monitorización) - Piperacilina-tazobactam 4g/500mg/8h IV Sepsis severa: - + Amikacina 15mg/kg/24h IV (BGN)

VO: Vía oral. IM: Vía intramuscular. IV: Vía intravenosa. AP: antecedentes personales. BLEES: Betalactamas de espectro ampliado. +: adición al tratamiento. BCG: Bacilos gram negativos.

## ITU RECURRENTE

Se define como ITU recurrente (ITUr) a aquella que se presenta en tres ocasiones durante un año o en dos ocasiones en un semestre<sup>1,4,17</sup>. El 50-70% de las mujeres padece una ITU a lo largo de su vida; de éstas, el 25-40% sufre una recurrencia<sup>4,17</sup>.

El 20% de las ITUr son recidivas de una infección causada por el mismo microorganismo responsable de la ITU previa y suele manifestarse en un plazo inferior a dos semanas, tras finalizar el tratamiento de la primera infección. El 80% restantes se deben a reinfecciones por un microorganismo diferente al causante del primer episodio y suelen manifestarse en un plazo superior a las dos semanas transcurridas desde el episodio previo<sup>1,3,17</sup>.

La recurrencia se considera una ITUc, motivo por el que se debe realizar un UC antes y 1-2 semanas después de finalizar el tratamiento<sup>1,2,8,9,11</sup>.

Una recidiva infecciosa se debe tratar siempre según el resultado del antibiograma, dado que una de las posibilidades de fracaso terapéutico a considerar es la resistencia antibiótica. Si la clínica u otras circunstancias no permiten demorar el tratamiento al resultado del antibiograma, se debe emplear un antibiótico diferente al prescrito para la ITU previa<sup>1,3,17</sup>.

En el 80% de los casos, que se corresponden con reinfecciones, existen distintas opciones de abordaje<sup>1-3,17</sup>:

Tratar cada episodio como una nueva infección, previa recogida de un UC.

Valorar profilaxis continua o a días alternos a dosis bajas de antibiótico, previo descarte de patología urológica o ginecológica asociada y posible relación con el coito: Fosfomicina-trometamol 3gr en dosis única cada 10 días durante 6-12 meses, cefaclor 250mg diarios durante 6-12 meses o cotrimoxazol 40/200mg diario u 80/400mg diario, cada 48 o 72 horas teniendo en cuenta su mayor riesgo de resistencias. Uno año es el período máximo de tratamiento en el que se ha observado beneficio. Se debe informar a los pacientes de los posibles efectos secundarios (candidiasis oral y vaginal, síntomas digestivos y rash cutáneo)<sup>13,18</sup>.

Si la ITU se vuelve a presentar durante el período de profilaxis continua, se debe cambiar de antibiótico o de pauta de tratamiento.

Profilaxis intermitente postcoital (en las primeras dos horas tras el coito) con fosfomicina-trometamol 3g durante 6-12 meses. También se recomienda evitar el uso de espermicidas<sup>13</sup>.

Autotratamiento en mujeres motivadas y bien instruidas.

El consumo de arándanos rojos durante 6-12 meses demuestra un beneficio moderado en personas con ITUr con episodios frecuentes; beneficio que no tienen si el número de episodios es reducido. En todo caso, la profilaxis antibiótica es más efectiva que el tratamiento con arándanos<sup>1,2,17,18</sup>.

El uso de estrógenos vaginales en mujeres menopáusicas reduce significativamente los episodios de ITU sin que haya estudios comparativos del tratamiento estrogénico con la profilaxis antibiótica<sup>1,2,17,18</sup>.

La D-manosa a una dosis diaria de 2 g demostró en un ensayo clínico ser tan eficaz como 50 mg de nitrofurantoina en la prevención de la ITU recurrente. Aún así sólo se recomienda utilizarla en el marco de investigaciones clínicas de alta calidad<sup>2,18</sup>.

La metenamina es útil en la prevención de recurrencias, pero han sido comunicados posibles efectos cancerígenos que desaconsejan su utilización<sup>1,2</sup>.

Las vacunas elaboradas a partir de extractos bacterianos de

uropatógenos, tanto de administración oral como nasal (OM-89), han mostrado efectividad moderada en la prevención de ITU sin que se hayan publicado estudios adecuados sobre la efectividad de otros preparados vacunales<sup>2,17</sup>.

No existe evidencia suficiente para recomendar la aplicación vaginal de lactobacillus como medida de prevención de ITU<sup>1,2,17</sup>.

La acidificación de la orina con vitamina C (ácido ascórbico) tampoco ha demostrado utilidad en la profilaxis de ITUr<sup>2</sup>.

En los últimos años, algunos estudios in vitro han demostrado las propiedades del xiloglucano, sólo y asociado a otros compuestos como hibisco, propóleo y/o agar, como barrera protectora de mucosas en el intestino. De esta forma, reduce el riesgo de invasión y la carga bacteriana de E-coli en el intestino y, en consecuencia, el riesgo de ITU. El xiloglucano se propone como posible alternativa terapéutica, no farmacológica, para el tratamiento precoz y preventivo de ITU, para lo que son necesarios más estudios<sup>19,20,21</sup>.

## CISTITIS EN EL VARÓN

La cistitis en el varón presenta una clínica similar a la descrita anteriormente para la mujer, pero los síntomas tienen un valor predictivo positivo inferior, por lo que se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que afectan al tracto urinario inferior como la prostatitis o la uretritis<sup>1,17</sup>.

Toda ITU en un varón se considera una ITUc por la anatomía del sistema urogenital (suele asociarse a alteraciones anatómicas, obstrucciones o manipulación urológica) y porque la mayor incidencia se produce en recién nacidos, niños y ancianos. Siempre está indicado realizar UC antes y 1-2 semanas después de finalizado el tratamiento; tratamiento que debe ajustarse al resultado del antibiograma, con pautas de duración superiores a siete días<sup>1,3,8,17</sup>.

El tratamiento empírico de elección ante una cistitis complicada es una pauta de 7-14 días de amoxicilina-ácido clavulánico de 500/125mg cada 8h o cefalosporinas como cefixima 200mg cada 12h, cefuroxima-axetilo 250-500mg cada 12h o cefalexina 500mg cada 12h<sup>8</sup>.

La mayoría de las recurrencias se deben a recidivas por un tratamiento inadecuado. En estos casos, se debe repetir el tratamiento 14 días y valorar la posterior realización de estudios urológicos (urografía intravenosa, ecografía, medición del volumen residual...) para descartar problemas funcionales o anatómicos asociados.

## PIELONEFRITIS

La pielonefritis es una ITU alta, que afecta a la pelvis y al parénquima renal; siempre es una enfermedad potencialmente grave. Se manifiesta con fiebre y escalofríos, dolor en el ángulo costo-vertebral y/o flanco, habitualmente con síndrome miccional y acompañada de náuseas y/o vómitos<sup>3,4,6,9,22</sup>.

Los pacientes que presentan clínica de complicación local (dolor intenso, hematuria franca, masa/absceso renal, insuficiencia renal aguda) o sistémica (bacteriemia, sepsis, shock séptico), patología de base (diabetes, cirrosis, enfermedad renal crónica, monorreno, neoplasia, trasplante de órgano, etc), edad superior a 65 años, falta de mejoría tras 6-12 horas de observación en un servicio de urgencias una vez iniciado el tratamiento antibiótico parenteral y aquellos que no puedan cumplir el tratamiento por vía oral (vómitos, distocia social, deterioro cognitivo, etc.) deben ser considerados para posible ingreso hospitalario, con el

objetivo de evitar o controlar el desarrollo de complicaciones graves como sepsis o shock séptico. El sexo masculino como característica aislada se discute como recomendación para ingreso<sup>1,3,19,25</sup>. Se recomienda el ingreso en una unidad de enfermedades infecciosas o de corta estancia y, si las condiciones del paciente lo permiten (estabilidad hemodinámica, ausencia de uropatía obstructiva, de alteraciones metabólicas y de deterioro cognitivo, soporte familiar y de cuidados), valorar la hospitalización a domicilio<sup>2,26</sup>. El resto de pacientes que no cumplen estas características podrían recibir la primera dosis antibiótica vía parenteral, con posterior período de observación durante 6-24 horas en el servicio de urgencias y valoración de seguimiento ambulatorio y tratamiento vía oral<sup>1-3</sup>. Las mujeres con pielonefritis no complicada y síntomas leve-moderados (fiebre inferior a 39°, ausencia de dolor severo y buena tolerancia oral) pueden ser tratadas ambulatoriamente.

La pielonefritis es una ITUc, que exige la realización de UC antes y 1-2 semanas de finalizado el tratamiento<sup>1,2,11</sup>. Se debe indicar la toma de muestra para hemocultivos ante la presencia de complicaciones (ausencia de respuesta al tratamiento, absceso renal, pielonefritis enfisematosa, necrosis papilar) o si se presentan signos de afectación sistémica<sup>2</sup>.

El lugar de adquisición (nosocomial o adquirida en la comunidad), la presencia de ITU de repetición y el uso previo de antibióticos condicionan la existencia de resistencias antibióticas. El antibiótico empírico de elección en el tratamiento de una pielonefritis son las cefalosporinas, hasta obtener el resultado del antibiograma, completando un tratamiento de 7 a 14 días<sup>1,3,27</sup> (Tabla 2).

### ITU EN LA MUJER GESTANTE

La prevalencia estimada de bacteriuria asintomática (BA) en el embarazo oscila entre un 2% y un 10%. Se recomienda realizar cribado de BA, mediante UC, en el primer y el tercer trimestre de embarazo. En caso de positividad, debido al elevado riesgo de desarrollo de pielonefritis (30%), la mayoría de autores recomiendan tratar y realizar UC con periodicidad mensual hasta el parto<sup>1-4</sup>; aunque se han descrito recomendaciones contrarias al cribado y tratamiento de la BA en la gestación<sup>28</sup>.

La cistitis en el embarazo se considera una ITUc generalmente causada por E-Coli<sup>3</sup>.

Los antibióticos de elección para el tratamiento empírico de la BA y la cistitis en la gestación son fosfomicina-trometamol 3g monodosis o amoxicilina-ácido clavulánico 500/125mg cada 8 horas durante 5-7 días. Otras opciones de tratamiento son cefuroxima, cefalexina, nitrofurantoína (evitarla antes del parto) y fosfomicina cálcica<sup>1-4</sup>.

La pielonefritis durante la gestación se suele presentar con mayor frecuencia después del primer trimestre. Es una patología que se asocia a un aumento del riesgo de bacteriemia, de prematuridad y de bajo peso al nacimiento, por lo que generalmente requerirá de ingreso hospitalario. En ausencia de comorbilidad y sintomatología leve-moderada, se podrá valorar tratamiento ambulatorio. Se recomienda estudio ecográfico del sistema urinario para descartar complicaciones (obstrucción/estenosis urinaria, absceso renal...)<sup>1-4</sup>.

### ITU EN PACIENTE PORTADOR DE SONDA URINARIA

El 80% de las ITU nosocomiales se asocian a pacientes portadores de sonda urinaria<sup>4,5</sup>. El principal factor de riesgo es la duración y el tipo de drenaje. Se recomienda un sistema cerrado y durante el menor tiempo

posible<sup>1,4,5</sup>.

En pacientes con sondaje urinario no se recomienda el cribado ni el tratamiento de la BA, salvo en mujeres en las que persista la bacteriuria tras 48h de retirada de la sonda. Tampoco está indicado el tratamiento de la candiduria asintomática<sup>1,2,5</sup>.

Solamente estaría recomendada la profilaxis antibiótica ante un reemplazo traumático de la sonda que curse con hematuria<sup>2</sup>.

Se considera ITU en paciente sondado aquella que se presenta durante la permanencia de la sonda o en las 72 horas siguientes a su retirada<sup>5</sup>. Los principales síntomas son la fiebre y alteraciones en las características de la micción<sup>1</sup>. Siempre que la clínica lo permita, se recomienda demorar el tratamiento hasta que se disponga del resultado del UC. Se debe cambiar la sonda antes de la recogida de la muestra si ha estado colocada durante un período superior a dos semanas para evitar falsos positivos en el resultado del UC<sup>2</sup>.

En varones, se recomienda una pauta larga de 7 a 14 días con cefuroxima-axetilo 500mg cada 12horas, cefixima 400mg cada 24horas o ciprofloxacino 500mg cada 12horas. En mujeres, se recomienda la pauta de fosfomicina-trometamol 3g en monodosis<sup>1,2</sup>.

### BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Se define como bacteriuria asintomática (BA) a la presencia de un UC positivo en ausencia de síntomas de ITU (Tabla 1). No suele evolucionar a infección sintomática ni presentar complicaciones<sup>1,3</sup>.

Se recomienda cribado y tratamiento en las poblaciones con riesgo de desarrollar complicaciones (bacteriemia, sepsis, deterioro de la función renal): mujeres embarazadas; varones antes de someterse a un proceso urológico invasivo (nefrostomía, implantación de un catéter doble J, estudio urodinámico); previamente a una cirugía espinal instrumental si el paciente es portador de una sonda, si padece vejiga neurógena o presenta incontinencia urinaria y en el primer mes posterior a un trasplante renal<sup>2</sup>.

No se recomienda el tratamiento de la BA en la mujer premenopáusica no embarazada, en la mujer diabética, en ancianos y niños menores de 5 años<sup>2</sup>. Algunos autores recomiendan individualizar el caso en niños menores de 5 años con BA y reflujo vesicoureteral por el posible riesgo de complicaciones<sup>2,3</sup>.

El tratamiento se adecuará al resultado del antibiograma. Se recomienda una pauta de 7 días, excepto en la BA en la mujer embarazada, circunstancia en la que se ha demostrado igual de eficaz una pauta corta de fosfomicina-trometamol 3g monodosis<sup>1,3</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Torrell G, Milozzi J. Infecciones del tracto urinario. AMF 2013;9(3):124-133.
2. de Cueto M et al. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). EnfermInfeccMicrobiolClin 2017;35(5):314-320.
3. Pigrau C, editor. Infección del tractourinario. Madrid: Salvat editores; 2013.
4. Greerlings S E. Clinical Presentations and Epidemiology of Urinary Tract Infections. MicrobiolSpectr. 2016 Oct;4(5). doi: 10.1128/microbiolspec.UTI-0002-2012.

5. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. *EnfermInfeccMicrobiolClin*. 2013;31(9):614-624.
6. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson J L, Loscalzo J, Harrison. *Manual de medicina*. McGRAW HILL, Edición 19; 2017: 775-779. ISBN-10: 6071514096 ISBN-13: 978-6071514097.
7. Bono MJ, Reygaert WC. *Urinary tract infection*. NCBI Bookshelf. StatPearls Publishing 2018 Jan.
8. Molero JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. *AMF* 2017;13(7):383-393.
9. Andreu A, Cacho J, Coira A, Lepe JA. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. *EnfermInfeccMicrobiolClin*. 2011;29(1):52-57.
10. Najeeb S, Munir T, Rehman S, Hafiz A, Gilani M, Latif M. Comparison of urine dipstick test with conventional urine culture in diagnosis of urinary tract infection. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015 Feb;25(2):108-10.
11. Gradwohl SE, Bettcher CM, Chenoweth CE, Van Harrison R, Zoschnick LB. *Urinary Tract Infection Guideline*. University of Michigan Health System (UMHS); 2011.
12. Colgan R, Williams M. Diagnosis and treatment of acute uncomplicated cystitis. *Am FamPhysician*. 2011;84(7):771-6.
13. Dason S, Dason JT, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. *Can UrolAssoc J*. 2011;5(5):316-22.
14. Guneysel O, Suman E, Ozturk TC. Trimethoprim-Sulfamethoxazole resistance and fosfomicin susceptibility rates in uncomplicated urinary tract infections: time to change the antimicrobial preferences. *Acta Clin Croat*. 2016 Mar;55(1):49-57.
15. Quinolonas y fluoroquinolonas de administración sistémica: Nuevas restricciones de uso. España: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Medicamentos de uso humano, Seguridad, 10/10/2018. Referencia: MUH (FV), 14 /2018. Recuperado a partir de: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/docs/NI\\_MUH\\_FV-14-2018-quinolonas-fluoroquinolonas.pdf](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/docs/NI_MUH_FV-14-2018-quinolonas-fluoroquinolonas.pdf)
16. Modificaciones de la información de los medicamentos autorizados por procedimiento nacional que contienen: Fluoroquinolonas para uso sistémico e inhalado (Ciprofloxacino; flumequina; levofloxacino; lomefloxacino; moxifloxacino; norfloxacino; ofloxacino; pefloxacino; prulifloxacino; rifloxacino). España: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Departamento de medicamentos de uso humano, División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, 26/09/2018. Recuperado a partir de: <https://www.aemps.gob.es/cima/psusa.do?metodo=verDoc&id=1165>
17. Campos M. Cistitis de repetición. *AMF* 2009;5(8):454-461.
18. Grabe M, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2015. <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>.
19. Piqué N, Gómez-Guillén MC, Pilar Montero M. Xyloglucan, a plant polymer with barrier protective properties over the mucous membranes: an overview. *Int. J. Mol. Sci*. 2018; 19:673.
20. Fraile B, Alcover J, Royuela M, Rodríguez D, Chaves C et al. Xyloglucan, hibiscus and propolis for the prevention of urinary tract infections: results of in vitro studies. *Future Microbiol*. 2017 Jun;12:721-731
21. Esposito E, Campolo M, Casili G, Lanza M, Franco D et al. Protective Effects of Xyloglucan in Association with the Polysaccharide Gelose in an Experimental Model of Gastroenteritis and Urinary Tract Infections. *Int J Mol Sci*. 2018 Jun 22;19(7).
22. Buonaiuto VA, Marquez I, De Toro I, Joya C, Ruiz-Mesa JD, Seara R et al. Clinical and epidemiological features and prognosis of complicated pyelonephritis: a prospective observational single hospital-based study. *BMC Infectious Diseases* 2014; 14: 639.
23. Jorgensen S et al. Risk factors for early return visits to the emergency department in patients with urinary tract infection. *American Journal of Emergency Medicine* 2018; 36:12-17.
24. Stalenhoef JE, Van der Starre WE, Vollaard AM, Steyerberg EW, Delfos NM, Leyten EMS et al. Hospitalization for community-acquired febrile urinary tract infection: validation and impact assessment of a clinical prediction rule. *BMC Infectious Diseases* 2017; 17:400.
25. Ruiz-Mesa JD, Marquez-Gomez I, Sena G, Buonaiuto VA, Ordoñez JM, Salido M et al. Factors associated with severe sepsis or septic shock in complicated pyelonephritis. *Medicine* 2017; 96:43.
26. Gordo S, Nuevo JA, Cano JC, Sevillano JA, Granda MJ, Audibert L. Características de la pielonefritis aguda en una unidad de corta estancia. *Rev Clin Esp*. Elsevier 2009; 209 (8): 382-387.
27. Bosh-Nicolau P, Falcó V, Viñado B, Andreu A, Len O, Almirante B, Pigrau C. A cohort study of risk factors that influence empirical treatment of patients with acute pyelonephritis. *Antimicrob Agents Chemother*. 2017 Nov 22;61(12). pii: e01317-17. doi: 10.1128/AAC.01317-17. Print 2017 Dec.
28. Schneeberger C, Erwich JJHM, Van den Heuvel ER, Mol BWJ, Ott A, Geerlings SE. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in pregnant women with and without diabetes: Cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 222 (2018) 176-181.

# Tratamiento médico de la obstrucción intestinal maligna. Revisión bibliográfica.

## Review of malignant bowel obstruction and its medical management.

Lara Otero Plaza<sup>1</sup>, Víctor Sacristán Santos<sup>2</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 17 - 21

1 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE A CORUÑA. HOSPITAL DE OZA, A CORUÑA.

2 ONCÓLOGO MÉDICO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA, A CORUÑA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Lara Otero Plaza. e-mail: laraoteropl@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal maligna (OIM) es una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado, en especial en aquellos con tumores abdominales (digestivo o ginecológico). Se estima una prevalencia global de esta patología en pacientes oncológicos entre el 3% - 15%. La resolución espontánea del cuadro en estos pacientes ocurre en el 36%, con una tasa de recurrencia mayor al 60%. La supervivencia no excede las 4-5 semanas<sup>(1)</sup>.

Los criterios diagnósticos de la OIM fueron definidos por un grupo internacional de consenso<sup>(2)</sup>:

- Evidencia clínica de obstrucción intestinal.
- Obstrucción distal al ángulo de Treitz.
- Presencia de cáncer de origen primario intraabdominal o cáncer primario extraabdominal con afectación peritoneal.
- Ausencia razonable de posibilidades de curación.

### TRATAMIENTO MÉDICO

El objetivo en la OIM inoperable es alcanzar el máximo confort posible con un buen control sintomático (dolor, náuseas y vómitos). Para ello, el tratamiento médico se basa en la administración de fármacos analgésicos, antieméticos, corticoides y antisecretores. La vía de administración será la más adecuada para el paciente (prefiriendo en cuidados paliativos por su comodidad y raras complicaciones, la subcutánea). Es imprescindible una valoración individualizada del tratamiento, teniendo en cuenta la opinión del paciente y la familia.

Un manejo agresivo precoz, no sólo permite un buen control sintomático, sino que puede revertir obstrucciones parciales al evitar las alteraciones patológicas asociadas y permitir una recuperación del tránsito intestinal<sup>(3)</sup>.

### ANALGÉSICOS

La analgesia se ajusta en base a la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulando la dosis de forma individualizada<sup>(4)</sup>. Se deben usar opioides mayores: la  *morfina*  (opiode de elección),  *hidromorfona*  y  *fentanilo* <sup>(5)</sup>. Un metaanálisis publicado en 2009, confirma que el fentanilo es el opioide potente que provoca menos estreñimiento, aunque éste no reemplaza a la morfina oral como tratamiento de primera línea en dolor moderado-severo en pacientes con cáncer<sup>(6)</sup>.

La *oxicodona* también debe considerarse, por ser más eficaz que otros opioides en el control del dolor visceral.

Los estudios no han mostrado que el uso de opioides impacte negativamente sobre la tasa de resolución de la OIM<sup>(5)</sup>.

### ANTIEMÉTICOS

Su objetivo es reducir las náuseas y los vómitos. Se clasifican en tres grupos farmacológicos.

#### Antidopaminérgicos

En este grupo nos encontramos: benzamidas (metoclopramida), butirofenonas (haloperidol) y fenotiazinas (clorpromazina, levomepromazina).

La *metoclopramida* tiene acción a nivel central y periférico, lo que le confiere su efecto antiemético y procinético<sup>(1)</sup>. Se prescribe como tratamiento de primera línea en pacientes con obstrucción incompleta, pero no si se trata de una obstrucción completa debido a sus efectos procinéticos, los cuales pueden empeorar el dolor tipo cólico e, incluso, incrementar el riesgo de perforación<sup>(7)</sup>.

El *haloperidol* es el antiemético de elección<sup>(1)</sup>, aunque la evidencia para su uso en cuidados paliativos es incompleta<sup>(8)</sup>. Tiene acción central, por lo que no presenta efecto procinético. Comparado con las fenotiazinas, es considerado como el idóneo porque provoca menos somnolencia y efectos anticolinérgicos<sup>(1,3)</sup>, así como menor incidencia de delirium<sup>(5)</sup>.

Las *fenotiazinas* presentan efecto antidopaminérgico central. Son una alternativa al haloperidol.

El *droperidol* podría ser una opción, ya que se usa frecuentemente en el control de náuseas y vómitos postoperatorios (en España, está aceptado su uso por vía intravenosa con esta indicación<sup>(9)</sup>), aunque faltan estudios adicionales en cuidados paliativos<sup>(7)</sup>.

#### Anticolinérgicos

Dentro de este grupo se encuentran la *escopolamina* (acción central y periférica) y el *n-butil-bromuro de hioscina* (acción periférica exclusivamente), ambos con un importante efecto antisecretor que se mencionará más adelante.

#### Antagonistas de la serotonina (5-HT3): ondasetron, granisetron.

Son una alternativa en aquellos pacientes que no han presentado respuesta a los tratamientos previos. Su beneficio no está bien estudiado. En un ensayo clínico no controlado, fase II, ha demostrado un índice de control antiemético de la OIM superior al 80% utilizando

granisetron, incluso en aquellos casos que no respondieron al tratamiento antiemético habitual previo<sup>(1)</sup>. En España, desde 2012 se comercializa la presentación bucodispersable de ondasetron (*setofilm*), especialmente útil en pacientes con emesis.

Mención específica merece la *olanzapina*, un antipsicótico atípico que presenta efectos antiserotoninérgicos HT2, antidopaminérgicos D2, además de afinidad por los receptores de histamina H1, muscarínicos y  $\alpha$ -adrenérgicos; lo que contribuye a su efecto antiemético. Se presenta como una alternativa en aquellos pacientes que no hayan respondido a los antieméticos de elección. Su administración puede ser por vía oral e intramuscular. En un ensayo preliminar se sugiere que es posible la administración de la *olanzapina* por vía subcutánea<sup>(10)</sup>. Además, en España está comercializada en comprimidos bucodispersables, lo que permite su uso por vía sublingual.

En un reciente estudio retrospectivo sobre veinte pacientes, se encontró que *olanzapina* redujo con éxito la intensidad de las náuseas y la frecuencia de los vómitos secundarios a obstrucción intestinal incompleta (en el 90% de los casos). Además, apenas se presentaron efectos secundarios importantes a su administración. Son necesarios más estudios prospectivos para confirmar estos resultados<sup>(11)</sup>.

## CORTICOIDES

El mecanismo del efecto antiemético de los glucocorticoides no es conocido (se cree que presentan acción a nivel central). Presentan también efecto antiinflamatorio que reduce el edema de la pared intestinal y peritumoral; y se utilizan como coadyuvantes analgésicos. La mayoría de los autores recomiendan su uso en OIM.

Se recomienda mantenerlos durante 5-7 días y evaluar la respuesta<sup>(4,5)</sup>. No se recomienda su uso a largo plazo y parecen ser más efectivos cuando se instauran precozmente<sup>(7)</sup>.

En una revisión de 1999, sobre tres ensayos inéditos aleatorios controlados con placebo y siete ensayos publicados (prospectivos y retrospectivos), habla de una tendencia no estadísticamente significativa a favor del uso de corticosteroides por vía intravenosa para la resolución de la OIM (el rango de dosis diaria fue de 6-16mg de dexametasona). Aunque no parecen afectar a la supervivencia de estos pacientes. En estos estudios, la incidencia de efectos secundarios fue baja<sup>(12)</sup>.

## ANTISECRETORES

Su objetivo es reducir las secreciones intestinales y, secundariamente, mejorar las náuseas, los vómitos y el dolor.

Tradicionalmente se han utilizado los anticolinérgicos, aunque hoy en día disponemos también de los análogos de la somatostatina.

### Anticolinérgicos (escopolamina, n-butil-bromuro de hioscina, glicopirrolato)

La *n-butil-bromuro de hioscina*, por sus efectos antiespasmódicos, antieméticos y antiseoretos, además de por presentar un menor coste respecto a otros antiseoretos, suele ser de primera elección. Así mismo, tiene la ventaja de producir menos efectos centrales que la *escopolamina*<sup>(4,7)</sup>.

El *glicopirrolato* es un anticolinérgico sintético similar a *escopolamina*, con menor penetración en el sistema nervioso central; por lo que presenta menores efectos centrales (delirium, confusión, somnolencia) y cardíacos<sup>(5,10)</sup>. A pesar de ello, no ha sido estudiado para el tratamiento sintomático en OIM<sup>(10)</sup>. No está comercializado en España con esta indicación.

### Análogos de la somatostatina (octreotida, lanreotida)

La *octreotida* es un análogo de la somatostatina que actúa inhibiendo la secreción del péptido intestinal vasoactivo. Esto le confiere la capacidad de disminuir las secreciones gástricas y pancreáticas, la motilidad y el contenido intestinal; y aumenta la absorción de agua y electrolitos<sup>(1,4)</sup>.

Existen estudios recientes que demuestran que todavía no hay la suficiente evidencia sobre el uso de estos fármacos. Se mencionan a continuación.

- En una revisión sistemática, se examinó la efectividad de estos fármacos comparándolos con placebo o n-butil-bromuro de hioscina. Los autores concluyeron que hay baja evidencia sobre el beneficio de los análogos de la somatostatina en el tratamiento sintomático de la OIM. Señalaron que la evidencia hasta el momento provenía de pequeños ensayos con mayor riesgo de sesgo<sup>(13)</sup>.
- Un pequeño ensayo aleatorizado, doble ciego, en el que participaron ochenta y siete pacientes con cáncer avanzado y OIM inoperable, fueron asignados aleatoriamente a octreotida (0,6 mg cada 24 horas en infusión) o placebo. Ambos grupos recibieron tratamiento de soporte con ranitidina, dexametasona e hidratación por vía parenteral. El primer resultado, demostró que no había diferencias en las primeras 72 horas entre ambos grupos. Sin embargo, las personas en el grupo de la octreotida presentaron el doble de probabilidad de que se les administrase n-butil-bromuro de hioscina, lo que podría reflejar un aumento en el dolor tipo cólico. En conclusión, no hubo un beneficio estadísticamente significativo en la adición de octreotida a las terapias estandarizadas en cuanto a reducción en el número de días libres de vómitos, náuseas o dolor<sup>(14)</sup>.

Por el contrario, también existen estudios recientes con resultados más esperanzadores sobre el uso de octreotida frente a otros antiseoretos más tradicionales.

- En un ensayo clínico prospectivo reciente, noventa y siete pacientes con cáncer de ovario avanzado fueron aleatorizados en dos grupos: uno a tratamiento con octreotida (0,3 mg al día) y otro con escopolamina (60 mg al día), administrados por vía subcutánea mediante infusión continua durante tres días. Octreotida resultó ser más efectiva que escopolamina en el control de los síntomas. Indujo una reducción significativamente rápida en el número de episodios de vómitos al día y en la intensidad de las náuseas. No se observaron cambios significativos entre ambos medicamentos en relación a boca seca, somnolencia y dolor tipo cólico<sup>(15)</sup>.
- Cabe mencionar otra revisión algo más antigua a favor del uso de la octreotida, que cuenta con la experiencia adquirida de los autores durante los últimos veinte años. Se incluyeron tres ensayos aleatorizados comparando octreotida y escopolamina, diez estudios observacionales y tres análisis retrospectivos. En total 281 pacientes recibieron octreotida con una tasa de éxito de entre el 60% y el 90% en relación al control de los vómitos. También demostró su efectividad disminuyendo la necesidad de drenaje por sonda nasogástrica<sup>(16)</sup>.
- En 2016 la *Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)* recomendó octreotida como tratamiento de primera línea en OIM<sup>(17,18)</sup>.

Existen estudios centrados en el uso de las formulaciones prolongadas de octreotida y lanreotida. Estudios en fase II (asociados a corticoides) y III, respectivamente, demostraron la superioridad de estas formulaciones frente a placebo. Indican que son útiles y seguras para el tratamiento de la OIM por carcinomatosis peritoneal<sup>(1,10,19)</sup>.

En España, están comercializadas ambas formulaciones prolongadas: octreotida (*Sandostatin LAR*), lanreotida (*Somatulina de liberación prolongada*). Existe más experiencia con octreotida por lo que su uso es preferible.

Con todo lo expuesto, cabe decir que el uso de los análogos de la somatostatina es un tema controvertido. Algunos autores franceses, recomiendan su uso cuando el tratamiento estándar con anticolinérgicos no haya sido efectivo. Así mismo, se podrían valorar de inicio cuando el paciente presente una recurrencia precoz de la obstrucción o ya hubieran respondido previamente a ellos.<sup>(7)</sup> Otros, en cambio, recomiendan su introducción precoz frente a los anticolinérgicos, ya que pueden dificultar el desarrollo definitivo de la obstrucción<sup>(1,3)</sup>.

Como en todos los casos, se debe de individualizar el uso de los análogos de la somatostatina y determinar el tratamiento más correcto en cada caso. En España, su uso se ve limitado por su precio, más elevado que el de los anticolinérgicos.

### **Inhibidores de las bombas de protones (IBPs) / Ranitidina (antagonista histamínico H2)**

Estos fármacos son útiles disminuyendo las secreciones gástricas y aliviando los síntomas digestivos altos. La *ranitidina* ha demostrado ser más eficaz que los IBPs como agente antisecretor<sup>(1,20)</sup>. El omeprazol y el esomeprazol se pueden administrar por vía subcutánea.

### **AMIDOTRIZOATO**

El *amidotrizoato de sodio* y de *meglumina* es un medio de contraste utilizado en España para el diagnóstico y exploración mediante pruebas complementarias (radiología y tomografía computarizada) del tracto gastrointestinal. Tiene propiedades antisecretoras y acelera el tránsito intestinal, por lo que puede ser de ayuda en los cuadros de obstrucción intestinal incompleta<sup>(9)</sup>. Promueve la salida de secreciones intestinales hacia el lumen, disminuye el edema de pared y aumenta la presión en el lugar obstruido, facilitando el paso a través de un lumen más estrecho<sup>(5)</sup>.

### **TERAPIA COMBINADA Y RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS**

Es necesaria la combinación de los diferentes tratamientos arriba descritos, para conseguir un buen control de los síntomas en OIM inoperable. Con estas pautas se consigue una tasa de control sintomático en más del 80%, con una resolución de más del 30% de los casos<sup>(1)</sup>. Se recomienda una instauración temprana y agresiva para conseguir mejores resultados.

Los pacientes que presentan una obstrucción intestinal incipiente e incompleta, tienen indicación de terapia combinada precoz con agentes procinéticos y antisecretoras. La combinación de fármacos con diferentes mecanismos de acción como la metoclopramida, la octreotida y la dexametasona, con o sin un bolo inicial de amidotrizoato, puede recuperar el tránsito intestinal y convertir en reversible la obstrucción.<sup>(10)</sup>

En una serie de casos retrospectivos reciente, se analizaron diecinueve pacientes con obstrucción y disfunción intestinal maligna que fueron tratados con octreotida, metoclopramida y dexametasona. Esta serie de casos apoya la terapia médica combinada, ya que puede proporcionar una mejoría rápida en el control de los síntomas (nauseas, vómitos y dolor); así como, la reanudación temprana de la ingesta oral<sup>(21)</sup>. Apoya estudios previos con la misma combinación.

Además, en un estudio de cohortes retrospectivo japonés, concluyen que la administración intravenosa de octreotida con esteroides puede mejorar los síntomas gastrointestinales debido a OIM sin eventos adversos<sup>(22)</sup>. Recientes datos sugieren que los corticosteroides de forma independiente pueden mejorar el resultado en los pacientes tratados con octreotida<sup>(14)</sup>.

La guía clínica de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*<sup>(23)</sup>,

en la OIM inoperable, recomiendan un tratamiento combinado inicial con opioides, antieméticos, corticosteroides, antisecretoras y fluidoterapia. No recomiendan el uso de antieméticos que incrementen la movilidad gastrointestinal (metoclopramida), sin embargo, la considera útil en obstrucción intestinal incompleta. Siguen las mismas recomendaciones que en la *European Society for Medical Oncology (ESMO)*<sup>(10)</sup>.

En una actualización de 2016, basada en las recomendaciones de las guías *MASCC* y *ESMO* sobre el tratamiento de las náuseas y vómitos en cáncer avanzado con OIM, recomiendan de inicio la combinación de octreotida con un antiemético (haloperidol). Cuando octreotida no es una opción (por sus altos costes o porque no ha resultado eficaz), recomiendan usar anticolinérgicos (asociando al tratamiento los corticosteroides o como alternativa)<sup>(17)</sup>.

### **OTROS TRATAMIENTOS MÉDICOS**

#### **Sondaje nasogástrico**

Su utilización es un tema muy controvertido. Se podría valorar la descompresión nasogástrica en los estadios iniciales como medida de alivio, aunque debe ser temporal y será retirado tan pronto como sea posible (entre cinco y siete días)<sup>(1,10)</sup>.

La guía clínica de la *NCCN*<sup>(23)</sup> limita su uso a aquellos casos en los que las otras medidas no han conseguido reducir los vómitos, dado que esta técnica incrementa el riesgo de aspiración.

#### **Hidratación**

Algunos autores defienden que es necesario mantener una hidratación adecuada (1,5 – 2 litros al día) debido a las altas pérdidas digestivas<sup>(5,18)</sup>. En cambio, otros mantienen que pueden empeorar los síntomas secundarios a la obstrucción, ya que incrementan las secreciones y, secundariamente, el dolor, las náuseas y los vómitos<sup>(24)</sup>.

A pesar de ello, la corrección de la deshidratación no parece influir en la sensación de xerostomía y sed; la intensidad de estos síntomas parecen independientes de los fluidos administrados. Sí parecen tener un efecto beneficioso previniendo los síntomas de confusión, agitación, delirium, mioclonías, etc. que podrían desencadenarse por deshidratación y acumulación de metabolitos farmacológicos<sup>(3)</sup>. Sin embargo, en un reciente ensayo clínico aleatorizado, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo sometido a hidratación frente a placebo en relación a los cuatro síntomas estudiados (fatiga, mioclonías, sedación y alucinaciones). Concluyeron que la hidratación (1 litro al día) no mejoró los síntomas, la calidad de vida o la supervivencia en comparación con el placebo<sup>(25)</sup>.

#### **Nutrición parenteral**

La nutrición es un tema muy controvertido y en discusión por su impacto sobre la calidad de vida y en la supervivencia, que no ha sido demostrada. En todo caso, es necesario individualizar y analizar las particularidades de cada paciente para su indicación, sin considerar su uso de forma rutinaria.

Algunos autores demostraron que mantiene la estabilidad nutricional hasta los tres meses previos al fallecimiento, a costa de aumentar la morbilidad. Por tanto, se recomienda su uso en pacientes con una esperanza de vida mayor de tres meses<sup>(1,5)</sup> o, en aquellos que podrían ser candidatos a cirugía.

Un análisis de la supervivencia, la calidad de vida y el coste de efectividad de la nutrición parenteral en el domicilio en pacientes con OIM inoperable reveló una corta supervivencia y altos costes asociados<sup>(26)</sup>. La recomendación de Mercadante en una de sus guías es que no se use la nutrición parenteral en la mayoría de este tipo de pacientes<sup>(10)</sup>.

## RESUMEN

La obstrucción intestinal maligna es una complicación frecuente en pacientes con cáncer avanzado, en especial en aquellos con tumores abdominales (digestivo o ginecológico). El objetivo del tratamiento médico es alcanzar una adecuada calidad de vida con un buen control sintomático. Para ello es necesaria la combinación de fármacos analgésicos, antieméticos, corticoides y antisecretores.

Una pauta recomendada se basaría en analgesia con fentanilo transdérmico (por su menor efecto sobre el estreñimiento) y morfina endovenosa de rescate. La dexametasona es el corticoide de elección, al que se le podrían asociar antisecretores como n-butil-bromuro de hioscina y omeprazol. En el caso de sospechar una obstrucción incompleta, se recomienda metoclopramida, pudiendo ser sustituida por haloperidol en caso de confirmarse progresión a una obstrucción completa. Todos ellos pueden ser administrados por vía subcutánea. La sueroterapia se considera opcional sin sobrepasar los 1,5 litros al día.

En los últimos años ha habido numerosos estudios que han tratado de clarificar la superioridad de unos fármacos frente a otros, sin obtener resultados concluyentes. A pesar de la delicada situación médica que el diagnóstico de la OIM supone, son necesarios más estudios y de mayor calidad para enfocar el tratamiento en el ámbito de los cuidados paliativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Review-Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: Epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res.* 2012;4(1): 159-169.
2. Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(1 Suppl): S49-S59.
3. O'Connor B, Creedon B. Pharmacological treatment of bowel obstruction in cancer patients. *Expert Opin Pharmacother.* 2011;12(14):2205-14.
4. *Fisterra.com*[Internet]. A Coruña: Elsevier; Abril 2015 [actualizado 14 de Abril de 2015; acceso 3 de Abril de 2018]. De Leticia Mª Dopico S. Guía clínica Obstrucción intestinal maligna. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/obstruccion-intestinal-maligna/>
5. Cárdenas J, Agamez C, Parra S. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema. *Rev Colomb Cancerol.* 2013;17(2):77-85. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90223926&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=361&ty=51&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=361v17n02a90223926pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90223926&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=361&ty=51&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=361v17n02a90223926pdf001.pdf)
6. Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Tombesi P, Santelmo C, et al. Transdermal fentanyl as a front-line approach to moderate-severe pain: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Palliat Care.* 2009;25(3):172-180.
7. Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for Bowel Obstruction With Peritoneal Carcinomatosis. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48(1): 75-91.
8. Murray-Brown F, Dorman S. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 11. Art. No.: CD006271.
9. Aemps.gob.es, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [Internet]. Madrid: agencia española de medicamentos y productos sanitarios; 1997- [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es>
10. Mercadante S. Palliative care of bowel obstruction in cancer patients. [Internet]. Bruera E, Savarese D, Chen W (Ed). Waltham (MA): UpToDate; 2017 [acceso 21 de Febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
11. Kaneishi K, Kawabata M, Morita T. Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Oct;44(4):604-7.
12. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroides para la resolución de la obstrucción intestinal maligna en el cáncer avanzado ginecológico y gastrointestinal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
13. Obita GP, Boland EG, Currow DC, Johnson MJ, Boland JW. Somatostatin Analogues Compared With Placebo and Other Pharmacologic Agents in the Management of Symptoms of Inoperable Malignant Bowel Obstruction: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Dec;52(6):901-919.e1.
14. Currow DC, Quinn S, Agar M, Fazekas B, Hardy J, McCaffrey N, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized trial of octreotide in malignant bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage.* 2015 May;49(5):814-21.
15. Peng X, Wang P, Li S, Zhang G, Hu S. Randomized clinical trial comparing octreotide and scopolamine butylbromide in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction due to advanced ovarian cancer. *World J Surg Oncol.* 2015 Feb 15;13:50.
16. Mercadante S, Porzio G. Octreotide for malignant bowel obstruction: twenty years after. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2012 Sep;83(3):388-92.
17. Walsh D, Davis M, Ripamonti C, Bruera E, Davies A, Molassiotis A. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2017 Jan;25(1):333-340.
18. Star A, Boland JW. Updates in palliative care - recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clin Med (Lond).* 2018 Feb;18(1):11-16.
19. Mariani P, Blumberg J, Landau A, Lebrun-Jezekova D, Botton E, Beatrix O, et al. Symptomatic treatment with lanreotide microparticles in inoperable bowel obstruction resulting from peritoneal carcinomatosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III study. *J Clin Oncol.* 2012 Dec 10;30(35):4337-43.
20. Ferguson HJM, Ferguson CI, Speakman J, Ismail T. Management of intestinal obstruction in advanced malignancy. *Ann Med Surg.* 2015;4(3):264-270.
21. Berger J, Lester P, Rodrigues L. Medical Therapy of Malignant Bowel Obstruction With Octreotide, Dexamethasone, and Metoclopramide. *Am J Hosp Palliat Care.* 2016 May;33(4):407-10.
22. Murakami H, Matsumoto H, Nakamura M, Hirai T, Yamaguchi Y. Octreotide acetate-steroid combination therapy for malignant gastrointestinal obstruction. *Anticancer Res.* 2013 Dec;33(12):5557-60.

23. Nccn.org, Palliative Care. Practice Guidelines in Oncology of National Comprehensive Cancer Network [Internet]. Plymouth Meeting: National Comprehensive Cancer Network; 1995- [actualizado el 19 de Diciembre de 2017; acceso el 19 de Abril de 2018].
24. Soriano A, Davis MP. Malignant bowel obstruction: individualized treatment near the end of life. *Cleve Clin J Med.* 2011 Mar;78(3):197-206.
25. Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol.* 2013 Jan 1;31(1):111-8.
26. Naghibi M, Smith TR, Elia M. A systematic review with meta-analysis of survival, quality of life and cost-effectiveness of home parenteral nutrition in patients with inoperable malignant bowel obstruction. *Clin Nutr.* 2015 Oct;34(5):825-37.
27. Dolan EA. Malignant bowel obstruction: a review of current treatment strategies. *Am J Hosp Palliat Care.* 2011 Dec;28(8):576-82.

# Varón hipertenso con alteraciones en el ECG de control.

Male with arterial hypertension and alterations in electrocardiographic control.

*Varón hipertenso con alteraciones no ECG de control.*

Alberto Lema Fernández<sup>1</sup>, Juan Carlos Fernández Fernández<sup>2</sup>, Norberto Proupín Vázquez<sup>2</sup>.

1 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. UNIDADE DOCENTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

2 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE CONXO. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alberto Lema Fernández. e-mail: alberto.lema.fernandez@sergas.es

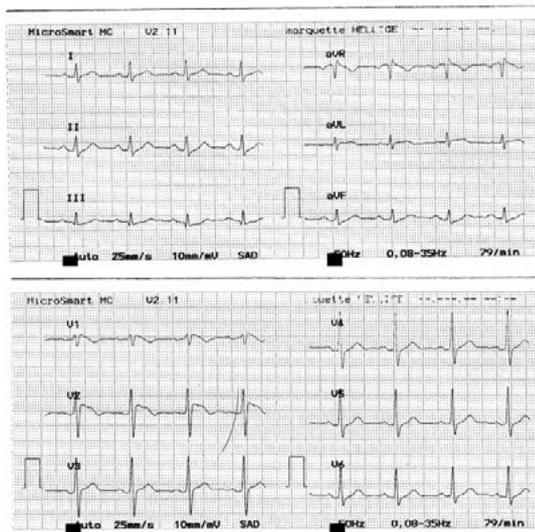
Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 22 - 23

**Palabras clave:** Hipertensión, ST elevado, Electrocardiograma.

**Keywords:** Hypertension, ST elevation, Electrocardiogram.

## INTRODUCCIÓN

Varón de 59 años que acude al centro de salud para realizar una revisión programada de factores de riesgo cardiovascular, negando sintomatología alguna. Tiene como antecedentes personales diagnóstico de hipertensión arterial esencial a tratamiento con Candesartán 16 mg y de hipercolesterolemia para la cual toma Atorvastatina 10 mg. Refiere que un hermano suyo de 62 años padece de cardiopatía isquémica y que su padre y otros dos tíos han fallecido de IAM sobre los 70 años. La exploración física impresiona de normalidad y la auscultación cardiopulmonar es rítmica sin soplos. La tensión arterial en consulta es de 136/89 mmHg con una frecuencia de 73 lpm y el electrocardiograma muestra un ritmo sinusal a 75 lpm con un patrón de Brugada tipo I en las derivaciones V1 y V2, pues se aprecia una elevación del punto J superior a 2 mm seguido de una onda T negativa. QRS 104 ms, QT/QTc 382/446 ms, PQ 186 ms, P/QRS/T de 56/47/41 grados respectivamente (Fig 1.).



## DIAGNÓSTICO

Ante dichos hallazgos electrocardiográficos y la ausencia de estudios previos, se deriva a Urgencias hospitalarias para realizar estudio de un posible patrón de Brugada tipo I. Allí realizan una ecografía transtorácica en la que se descarta cardiopatía estructural y se programa para llevar a cabo un estudio electrofisiológico, cuyo resultado, junto a otros parámetros, descarta que se trate de un Brugada de alto riesgo y que por tanto sea indicación de DAI. Le comentan las siguientes recomendaciones: Tratamiento inmediato de la fiebre, evitar el consumo de alcohol y las comidas copiosas e indicación de evitar determinados fármacos.

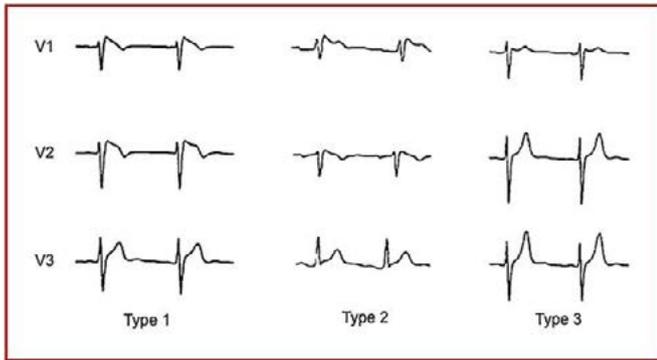
## CONCLUSIÓN

El Síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria que predispone a un mayor riesgo de muerte súbita, sin anomalías cardíacas estructurales. Este se incluye en las canalopatías, enfermedades producidas por alteraciones de los canales iónicos transmembrana que participan en el potencial de acción celular, cuya consecuencia es una mayor predisposición a la aparición de arritmias.

La prevalencia del síndrome de Brugada ronda los 5 casos por 10.000 habitantes, aunque puede que se subestime su prevalencia real, puesto que muchos presentan formas silentes<sup>(1)</sup>. Generalmente se encuentra en pacientes de mediana edad, mayoritariamente varones (8:1), y tiene patrón de herencia autosómico dominante<sup>(2)</sup>. Sin embargo, no siempre se demuestra afectación familiar<sup>(1)</sup>.

La identificación de estos pacientes es determinante, pues aproximadamente un tercio de ellos presenta inicialmente muerte súbita como consecuencia de una fibrilación ventricular o taquicardia ventricular polimorfa<sup>(2, 3)</sup>. Los restantes se diagnostican de forma casual, hallándose en un ECG el patrón de Brugada.

El diagnóstico se realiza con el hallazgo de dicho patrón, que tiene 3 variaciones (Fig. 2)<sup>(2)</sup>:



- Tipo I: Elevación curva del ST mayor a 2 mm (0,2 mV) seguido de una T negativa.
- Tipo II: Patrón en silla de montar, con una elevación del ST de 2mm con una T positiva o bifásica.
- Tipo III: Curvo o en silla de montar con menos de 2 mm de elevación del ST.

Deben considerarse otras causas de elevación del segmento ST como la cardiopatía isquémica, el patrón de repolarización precoz, la pericarditis aguda, la hiperpotasemia o el aneurisma ventricular, entre otras<sup>(4)</sup>.

Puesto que hay una gran variedad fenotípica, desde la ausencia de síntomas a la muerte súbita, es imprescindible estratificar el riesgo con escalas basadas en parámetros clínicos tales como la edad, sexo, síntomas o hallazgos electrocardiográficos y electrofisiológicos. El único tratamiento con eficacia clínica demostrada es el DAI, cuyas indicaciones dependen de dichas variables<sup>(1)</sup>.

En personas afectas de Síndrome de Brugada se ha de evitar el consumo de alcohol y cocaína y de ciertos fármacos tales como los bloqueadores de canales de sodio, los betabloqueantes, los antidepressivos tricíclicos, litio y anestésicos locales, ya que podrían desencadenar arritmias malignas<sup>(3)</sup>. (<http://www.brugadadrugs.org/>). El test genético, generalmente del gen SCN5A, podría realizarse ante un paciente con sospecha de Brugada. Sin embargo, sólo estaría indicado en sus familiares si se demuestra la mutación de este en el caso índice<sup>(5)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Begoña Benito, Josep Brugada, Ramón Brugada, Pedro Brugada. Síndrome de Brugada. Rev Esp Cardiol. 2009;62(11):1297-315 - Vol. 62 Núm.11 DOI: 10.101.
2. Gourraud JB, Barc J, Thollet A, Le Marec H, Probst V. Brugada syndrome: Diagnosis, risk stratification and management. Arch Cardiovasc Dis. 2017 Mar;110(3):188-195. DOI: 10.1016.
3. (Uptodate. John V Wylie, Ann C Garlitski. Brugada syndrome: Clinical presentation, diagnosis, and evaluation [Sede Web]. Jun 01, 2018; Oct 2018. <http://www.uptodate.com/>
4. Caballero RA, Zapata FS. Elevación del segmento ST en otros escenarios clínicos diferentes al infarto agudo de miocardio. Urgencia, R. Int. Med. Emergencias. 2015; 1(3):42-48.
5. Pascual-Izco M, Valverde-Gómez M, Zamorano-Gómez JL. Protocolo diagnóstico de las canalopatías. Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 12, Issue 39, September 2017; Pages 2335-2337. DOI: 10.1016.

# Radioterapia, el antecedente personal olvidado.

Radiation therapy, the forgotten personal history.

*Radioterapia, o antecedente persoal esquecido.*

Álvarez Sobrado, Beatriz<sup>1</sup>; Pérez Orozco, Antía<sup>1</sup>, Álvarez Sobrado, Cristina<sup>2</sup>

1 MIR-4 DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD DE SARRIA (LUGO). UNIDAD DOCENTE DE LUGO. XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE LUGO.

2 GRADUADA EN MEDICINA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Beatriz Álvarez Sobrado. e-mail: bea\_alvarez89@hotmail.com// beatriz.alvarez.sobrado@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 24 - 25

**Palabras clave:** cardiotoxicity, radiation therapy, cardiac rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

Varón de 32 años que consulta por dolor torácico.

Alérgico a diclofenaco. Como antecedentes personales destaca Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular en el año 2000, estadio II A, que recibió quimioterapia (ABVD: Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina y Dacarbicina) y radioterapia mediastínica (dosis no conocida). Hipotiroidismo secundario a radioterapia a tratamiento con levotiroxina. Dislipemia sin tratamiento. Adenoidectomizado. Niega hábitos tóxicos, practica running y trabaja como fisioterapeuta. Etapa I del ciclo vital familiar, se va a casar en un mes.

Presenta desde hace una semana dolor centrotorácico opresivo irradiado a miembros superiores y asociado a cortejo vegetativo en relación con ejercicio (cada vez umbral menor al ejercicio). No fiebre actualmente, pero tuvo febrícula hace una semana en relación a viriasis. Se estuvo tomando antiinflamatorios sin mejoría.

A la exploración física buen estado general, afebril, eupneico, hemodinámicamente estable. A la auscultación cardíaca destaca soplo Aórtico I / VI, pulmonar normal.

Se solicitan electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, con mínima elevación del ST inferior, cóncava y radiografía simple de tórax, anodina.

Se decide derivar a urgencias para completar estudio, donde se solicitan MDM (marcadores de daño miocárdico) que resultan elevados, ingresando en cardiología bajo la sospecha de miopericarditis aguda. Allí permanece asintomático con antiinflamatorios orales, se le realiza un ecocardiograma transtorácico (ETT) con función sistólica conservada, pero con alteraciones valvulares del tipo de Insuficiencia Aórtica moderada, Insuficiencia y Estenosis Mitral leve. Así mismo se completa el estudio con una resonancia cardíaca, con realce mesocárdico extenso compatible

con miocarditis aguda, pero inciden en que dados los antecedentes de radioterapia, no se puede descartar que parte del realce esté en relación con fibrosis postradioterapia. Es alta con antiinflamatorios y reposo domiciliario.

A la semana presenta nuevo episodio de dolor opresivo en reposo, se deriva de nuevo a urgencias, sin elevar reactantes de fase aguda. Dada la atipicidad del dolor y los antecedentes que presenta se decide realizar cateterismo: Estenosis del 50% de la Coronaria Derecha, Estenosis del 70% de la Descendente Anterior proximal, 95 % de la Descendente Anterior media con implante de dos stents en las dos últimas.

Al alta, se incluye en el programa de rehabilitación cardíaca e inicia tratamiento con: Pantoprazol 20mg, clopidogrel 75 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 80 mg, nevilobol 5 mg.

Tras un año y medio desde el diagnóstico el paciente concluyó el programa de rehabilitación cardíaca, con controles periódicos en cardiología y practicando deporte, participando en carreras locales y manteniendo un plan de entrenamiento individualizado. Se le propuso poder ayudar e instruir a pacientes con patologías similares a la suya y se ha convertido en paciente experto, colaborando en charlas hospitalarias y jornadas en Congresos.

**Juicio clínico:** Cardiopatía isquémica tipo ángor de esfuerzo con enfermedad coronaria arterial significativa de un vaso con implante de dos stents en relación con radioterapia mediastínica.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ansiedad (por los preparativos de la inminente boda).

Pericarditis (antecedente de febrícula, viriasis, elevación cóncava del ST).

### IMPORTANCIA DEL CASO:

El uso de la radioterapia mediastínica está ampliamente extendido<sup>(1)</sup> y todos conocemos los beneficios que produce, pero no siempre se tiene en cuenta la toxicidad cardíaca que asocia a medio/largo plazo: aumenta el riesgo de padecer tanto valvulopatías, fallo cardíaco o cardiopatía isquémica<sup>(2)</sup>.

La Adriamicina es un quimioterápico también cardiotóxico. Cabe destacar que en la actualidad se realizan ECG y ETT previo a la administración de quimioterápicos cardiotóxicos y radioterapia. Así mismo, posteriormente tras la administración de los mismos se hacen analíticas rutinarias con troponinas, péptido natriurético y las pruebas de imagen antes mencionadas para el seguimiento de estos pacientes en Hematología<sup>(3) (4)</sup>.

Importancia del programa de rehabilitación cardíaca en los pacientes cardiopatas, que ayuda a mejorar el control de los factores de riesgo, tolerancia al ejercicio, mejoría en la calidad de vida y reducción de la morbimortalidad<sup>(5)</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Kenneth L McClain, HYPERLINK ["/contents/overview-of-hodgkin-lymphoma-in-children-and-adolescents/contributors"](#)Kala Kamdar. Overview of Hodgkin lymphoma in children and adolescents. Uptodate [serie en línea]. Post TW.Ed. UpToDate. 2017. (citado 10 enero 2019). Disponible en URL: <http://uptodate.com>
2. Lawrence B Marks, HYPERLINK ["/contents/cardiotoxicity-of-radiation-therapy-for-hodgkin-lymphoma-and-pediatric-malignancies/contributors"](#)Louis S Constine, HYPERLINK ["/contents/cardiotoxicity-of-radiation-therapy-for-hodgkin-lymphoma-and-pediatric-malignancies/contributors"](#) Jacob Adams. Cardiotoxicity of radiation therapy for Hodgkin lymphoma and pediatric malignancies. Uptodate [serie en línea]. Post TW.Ed. UpToDate. 2017. (citado 10 enero 2019). Disponible en URL: <http://uptodate.com>.
3. Ng AK. Current survivorship recommendations for patients with Hodgkin lymphoma: focus on late effects. Blood 2014 Nov; 124 (23):3373-9
4. Hoppe RT, Advani RH, Ai WZ et al. Hodgkin Lymphoma Version 1.2017,NCCN Clinical Practise Guidelines in Oncology. J Natl Comp Canc Netw 2017 May; 15 (5):608-638
5. Nanette K Wenger; Robert S Rosenson, HYPERLINK ["/contents/cardiac-rehabilitation-indications-efficacy-and-safety-in-patients-with-coronary-heart-disease/contributors"](#)Lynne T Braun, PhD, RN,CNP.Cardiac rehabilitation: Indications, efficacy, and safety in patients with coronary heart disease. Uptodate [serie en línea]. Post TW.Ed. UpToDate. 2017. (citado 10 enero 2019). Disponible en URL: <http://uptodate.com>

# Nódulos de Orf

## Orf nodules / Nódulos de Orf

Cristina Rúa Castro<sup>1</sup>, José Benito Martínez Rodríguez<sup>2</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 26 - 27

1 MÉDICA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA, UAP CONCEPCIÓN ARENAL, EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA.  
2 MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SAÚDE LOUSAME, EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Cristina Rúa Castro. e-mail: cristina.rua.castro@sergas.es

### INTRODUCCIÓN

Un paciente varón de 53 anos acude á consulta por lumbalxia aguda. Trátase dun diabético tipo 2, hipertenso e hipotiroideo, pero con moi bo estado de saúde e condición física. Ademais non fuma nin bebe. Traballa de albanel e vive no rural.

O doente acudeu á consulta por lumbalxia aguda. Mentras se exploraba ao médico chamoulle a atención unha lesión no dedo índice da man esquerda en forma de nódulo concéntrico: un exterior violáceo, no medio branco, de aspecto verrucoso e un centro parduzco (Figura 1). Había unha semana que comezara coa lesión, que ao principio era soamente unha pápula vermella. Causáballe algunha molestia pero non chegaba a ter dor nin prurito francos.



### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico diferencial inclúe pioderma gangrenoso, queratoacantoma, lues primaria, nódulo de Orf e granuloma por micobacterias, entre elas tuberculose<sup>1,2,3</sup>.

Aínda así non foi necesario realizar biopsia, cultivo, nin outras probas complementarias para chegar ao diagnóstico xa que o paciente comentou que á muller tamén lle saíra ao mesmo tempo, no mesmo dedo; polo que se citou á paciente na consulta e efectivamente se comprobou que se trataba dunha lesión idéntica na mesma localización (Figura 1).

Considerouse a posibilidade, pois, de que se trataba dun nódulo de Orf cuxo diagnóstico é eminentemente clínico, aínda así realizouse a dermatoscopia que mostrou: unha rexión eritematosa con ulceración central e unha costra parduzca cun punteado marrón, así mesmo unha área blanquecina desestructurada circundante<sup>2,3</sup>. A continuación interrogouse pola existencia de gando vacún, que os pacientes negaron, pero asociaron a aparición das lesións ao inicio dunha nova práctica: daban de mamar a uns anos aos que a ovella non quería darlles dende había xustamente unha semana.

Tardaron en pasar algo máis de un mes e fixérono sen precisar ningún tratamento.

### EXPLICACIÓN FINAL:

O nódulo de Orf é unha zoonose profesional causada por un poxvirus que infecta a gando bovino e ovino e se transmite ao ser humano por medio do contacto directo co animal ou fómites. É considerada por tanto unha enfermidade profesional que afecta a gandeiros, carneiros, cociñeiros, veterinarios<sup>1</sup>...O curso da enfermidade comprende seis fases dunha duración aproximada dunha semana cada unha: maculopapular, en diana, nodular húmeda, nodular seca, papilomatosa e regresiva<sup>1</sup>. Para o diagnóstico precisase unha boa anamnese e exploración física non sendo necesarias outras probas complementarias coma neste caso.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Paredes O., García R., Figueroa Y. Nódulo de los ordeñadores. Folia dermatol. Perú 2006; 17 (3): 133-136.
2. Ana Laura Rosifini Alves Rezende, Fred Bernardes Filho, Natália Aparecida de Paula, Loan Towersey, Roderick Hay, and Marco

- Andrey Cipriani Frade, "Clinical Manifestation, Dermoscopy, and Scanning Electron Microscopy in Two Cases of Contagious Ecthyma (Orf Nodule)," *Case Reports in Dermatological Medicine*, vol. 2018, Article ID 2094086, 3 pages, 2018.
3. Sonia Chavez-Alvarez, MD, Laura Barbosa-Moreno, MD, Alejandra Villarreal-Martinez, MD, Osvaldo T. Vazquez-Martinez, MD, and Jorge Ocampo-Candiani, MD. Dermoscopy of contagious ecthyma (orf nodule). *J Am Acad Dermatol* 2016;74:e95-6
  4. Meier R, Sommacal A, Stahel A, Grünert J, Hoffmann M. Orf - an orphan disease?. *JRSM Open*. 2015 Jul 7;6(6):2054270415593718. doi: 10.1177/2054270415593718. eCollection 2015 Jun

# Síndrome de Stokes-Adams: importancia de monitorizar al paciente.

Stokes-Adams syndrome: importance of monitoring the patient.

María Goretti Buceta Eiras<sup>1</sup>

1 MÉDICO ASISTENCIAL DEL 061 DE GALICIA, BASE SIMPLE DE LUGO. CALLE ARMÓRICA S/N, LUGO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Goretti Buceta Eiras. e-mail: [gorettibuceta@hotmail.com](mailto:gorettibuceta@hotmail.com)

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Pág. 28 - 29

## INTRODUCCIÓN

Varón de 24 años sano, fumador ocasional, sin consumo de otras drogas, con síncope de repetición diagnosticados de etiología vasovagal, que consulta por nuevo episodio sincopal mientras está sentado en el instituto, sin esfuerzos previos, sin pródromos y sin dolor torácico acompañante. No presentó incontinencia de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos. El síncope fue de escasa duración, sin caída al suelo, y con recuperación completa.

A llegar los servicios de emergencias, se monitoriza al paciente y se toman las constantes: tensión arterial 130/70 mm Hg, frecuencia cardíaca 55 lpm, frecuencia respiratoria 12 rpm y glucemia 95 mg/dl. Se monitoriza al paciente y tras escasos segundos presenta nuevo episodio de mareo, sin pródromos. En el monitor se objetiva asistolia de veinte segundos de duración. El paciente no presenta movimientos tónico-clónicos pero sí desviación de la mirada a la izquierda y cianosis central. Recuperación completa del cuadro sin recordar lo sucedido, presentando exploración neurológica sin alteraciones. Se realizó un electrocardiograma en el que únicamente se objetivó un patrón de repolarización precoz.

## DIAGNÓSTICO

El síndrome de Stokes Adams se define como episodios de pérdida de conciencia de escasa duración (menos de 30 segundos), que puede acompañarse de convulsiones e incontinencia de esfínteres; debido a una asistolia, bloqueo cardíaco u otra arritmia, de corta duración, con recuperación espontánea ad íntegrum. Los signos suelen ser transitorios y secundarios a una disminución o ausencia de perfusión cerebral<sup>1-2</sup>.

En este caso clínico se objetiva la importancia de la monitorización de un episodio sincopal cuya apariencia inicial era un síncope de probable etiología vasovagal.

## CONCLUSIÓN

Este paciente fue derivado al servicio de urgencias para completar estudios, durante su estancia en observación no presentó nuevos episodios sincopales. Fue sometido a un estudio cardiológico con un Holter y actualmente está pendiente de la colocación de un marcapasos.

El síndrome de Stokes-Adams se produce generalmente por arritmias. La más habitual es el bloqueo aurículo-ventricular cuya causa más frecuente es la cardiopatía isquémica<sup>4</sup>. El bloqueo auriculoventricular completo de origen congénito, aunque en un principio fue considerado de buen pronóstico, tras un estudio prospectivo de 102 pacientes con bloqueo auriculoventricular completo congénito no asociado a otras cardiopatías<sup>5</sup>, se comprobó que un 25% de estos pacientes presentaban crisis de Stokes-Adams en el seguimiento. De este porcentaje de pacientes, un 30% fallecían de muerte súbita, siendo con frecuencia el primer síntoma que se presentaban.

Otras causas de síndrome de Stokes-Adams son la digital y los antagonistas de los canales del calcio, las alteraciones metabólicas como la hiperpotasemia<sup>3</sup>, las bradicardias o asistolia por disfunción del nódulo sinusal, las taquiarritmias supraventriculares (poco frecuente), las taquicardias ventriculares paroxísticas y otras causas como infarto agudo de miocardio masivo, síncope cardíaco obstructivo por ejemplo: estenosis subaórtica hipertrófica obstructiva, la hipertensión pulmonar primaria, el embolismo pulmonar, etc<sup>4</sup>.

El síndrome de Stokes Adams está infradiagnosticado, muchas veces porque la orientación de los síntomas nos indican un origen vasovagal; pero en este caso tenemos la importancia de una correcta monitorización, ya que es un síndrome que en muchos casos se relaciona con muertes súbitas. Por ello, los autores aconsejan la implantación de un marcapasos en pacientes incluso asintomáticos, probablemente a partir de los 15 años o cuando se haya limitado su crecimiento<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harbison J, Newton JL, Seifer C, et al; Stokes Adams attacks and cardiovascular syncope. *Lancet* 2002 Jan 12, 359 (9301), 158-60.
2. Sigurd B, Sandoe E. Management of Stokes-Adams syndrome. *Cardiology* 1990;77:195-208.
3. Sanz Romero GA. Arritmias cardíacas: En: Rozman C, director. *Medicina Interna*. 13a ed. Madrid: MosbyDoyma; 1995:501-27.
4. Josephson ME, Zimetbaum P, Marchlinski FE, Buxton AE.

Alteraciones del ritmo cardíaco: En: Harrison Principios De Medicina Interna. 14a ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1998:1434-42.

5. Michaelsson M, Riesenfeld T, Jonzon A. Natural history of congenital complete atrioventricular block. PACE 1997; 20 (parte 2): 2.098-2.101.
6. Michaelsson M, Jonzon A, Riesenfeld T. Isolated congenital complete atrioventricular block in adult life. A prospective study. Circulation 1995;92:442-449.

## 1º PREMIO

# Efectividad de una intervención educativa aleatorizada sobre violencia de género en 29 centros de Atención Primaria en el área de Vigo.

Laura Otero Gómez<sup>1</sup>, Beatriz Pérez Sanchez<sup>2</sup>, María Aranzazu Dorrego López<sup>3</sup>, Pedro José Otero Rivas<sup>1</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 30

- 1 MIR, CENTRO DE SAÚDE SÁRDOMA, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.
- 2 MIR, CENTRO DE SAÚDE CORUXO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.
- 3 MIR, CENTRO DE SAÚDE PORRIÑO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, PORRIÑO.

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema de salud pública y derechos humanos, de alta prevalencia (12%-51%), carácter repetitivo y graves consecuencias para la salud, con alto coste sanitario y social. El sistema sanitario, especialmente Atención Primaria tiene un papel clave en su detección y manejo. A pesar de esto existe baja detección y retraso en el diagnóstico. Hay falta de preparación para reconocer el maltrato, especialmente en lo relativo a cómo abordar y/o cómo actuar una vez detectado un caso. Se requiere una mayor sensibilización y concienciación.

## OBJETIVO:

Evaluar si la formación específica, en VG, a través de una intervención dirigida a profesionales de atención primaria (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, matronas y pediatras) aumenta los conocimientos, mejora sus actitudes y acciones en relación a la VG.

## MÉTODO:

Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, centros de salud del área de Vigo (10 intervención/ 9 casos), con al menos 20 profesionales médicos, pediatras, enfermeros, matronas y trabajadores sociales. Evaluación basal y a los tres meses mediante encuesta validada adaptada (PREMIS): explora formación previa, conocimientos, opiniones, disponibilidad de recursos en el lugar

de trabajo, autoeficacia, barreras, entendimiento y autonomía de la mujer, consumo de tóxicos, prácticas clínicas. En centros intervención se impartió una sesión clínica de 30'. Significación si  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS:

Participaron 145 de 264. Finalizaron 36,5%. Observamos diferencias significativas en el ámbito del conocimiento, aumentando la mediana en 2 puntos (en escala Likert de 0-5) en cómo hacer preguntas apropiadas, relación entre VG y embarazo, motivos de no abandono a la pareja, determinación del riesgo y etapas de la VG. En el ámbito de opiniones, destaca la disminución en la idea de que si la paciente no reconoce VG es muy poco lo que se puede hacer. No se han detectado diferencias significativas en la detección y seguimiento.

Impacto organizativo: Buena acogida detectada por el "boca boca". Se agradeció actualización de recursos del área en VG, que muchos centros desconocían. Grandes debates durante sesiones, indicativos de falta de formación, deseo de aprendizaje y/o falta de sensibilización.

## CONCLUSIONES:

Los resultados apoyan organizar formación continuada breve descentralizada sobre VG en AP.

**1º ACCÉSIT****Uso problemático de internet en los adolescentes del área sanitaria de Vigo.**

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 31

Marta Baz Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> EIR, CENTRO DE SAÚDE TEIS, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

**INTRODUCCIÓN**

En la última década se ha producido una gran expansión en el uso de Internet. Los adolescentes son un grupo de población con unas características propias que los hacen ser más vulnerables a conductas de riesgo y precisamente el uso problemático de Internet (UPI) en esta etapa se ha convertido en una preocupación para un número creciente de investigadores e instituciones. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del uso problemático de internet (UPI) entre los adolescentes de algunos centros de salud del área sanitaria de Vigo.

**MÉTODO:**

Estudio descriptivo transversal. Se aplicó la escala validada EUPI-a en las consultas de atención primaria de dicha área, mediante muestreo pragmático, a adolescentes entre 10 y 16 años. En función del resultado se han aplicado acciones preventivas y en caso de UPI se ha intervenido con derivación a otro nivel asistencial.

**RESULTADOS:**

Participaron 165 adolescentes; 51,2% hombres. El 34,5% (IC 95%: 27,7-42,1) estaría realizando un uso problemático de internet (32,5% mujeres vs 36,5% hombres), no objetivándose diferencias significativas entre hombres y mujeres (36,5% vs 32,5%;  $p > 0,05$ ), ni en la edad. En el análisis de ítems de la escala, no se encontraron diferencias significativas por género ( $p = 0,9$ ), ni por edad ( $p = 3,94$ ). El ítem que alcanza mayor puntuación es "Cuando me conecto siento que el tiempo vuela y pasan las horas sin darme cuenta".

**CONCLUSIONES:**

La prevalencia de UPI en adolescentes es alta, equiparable a las cifras que presentan algunos países asiáticos. Este estudio, es el primero en aplicar una escala validada y adaptada al contexto cultural español en la práctica diaria de una consulta de Atención Primaria. Al tratarse de una escala breve y de fácil uso, se puede emplear como una herramienta en las acciones preventivas de los controles de salud en edad pediátrica, permitiendo valorar a los adolescentes en un continuum de riesgo o uso problemático de Internet.

**2º ACCÉSIT**

# Valoración geriátrica integral con el instrumento MAGIC modificado y calidad de vida en ancianos: ¿Tiene influencia el orden de administración de los cuestionarios?

Maika Pallas<sup>1</sup><sup>1</sup> EIR, CENTRO DE SAÚDE PINTOR COLMEIRO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 32**INTRODUCCIÓN**

El progresivo envejecimiento de la población hace necesarias buenas herramientas de evaluación geriátrica integral que miren más allá de la patología. MAGIC es una escala nueva, desarrollada en Europa que recientemente ha sido traducida al español y evaluada para saber si detecta con fiabilidad situaciones que afectan a la calidad de vida. Para ello se administró conjuntamente con la escala EQ5D5L.

**OBJETIVO**

En este nuevo estudio tratamos de saber si el orden en que ambas se administran influye en el resultado de calidad de vida percibida, ya que aunque sí existe bibliografía sobre el orden de las preguntas dentro de un mismo test, no así en el caso de estudios que analicen el orden de diferentes tests administrados conjuntamente.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Este es un estudio observacional, transversal y descriptivo, en mayores de 75 años captados de manera oportunista en consulta de enfermería en un centro de salud. La muestra fue de 146 personas, con muestreo sistemático, las tres primeras, con reposición en el cupo. Para la recogida de datos, se han utilizado encuestas anónimas. Este estudio fue aprobado por el CEIC con el código 2017/497.

Para el estudio se administró a la mitad de la muestra ambos test en un orden determinado y a la otra muestra en orden inverso. Se utilizaron la escala EQ5D5L (con 5 preguntas y una EVA de dolor) y la MAGIC, (que explora 9 áreas a través de 17 preguntas), modificada en 3 de sus ítems para una mejor adaptación a nuestro medio.

**RESULTADOS**

Se entrevistaron a 106 mujeres (IC95%: 0,55 a 0,69) y 64 hombres (IC95%: 0,31 a 0,45) con una mediana de 82 años y un rango intercuartil de 79 a 85 años. No se observan diferencias significativas entre las variables en relación con el orden de administración de ambos cuestionarios. El análisis multivariante no fue posible debido al pequeño tamaño muestral. En el análisis por sexo las mujeres están más deprimidas y con más problemas de incontinencia de esfuerzo.

**CONCLUSIONES**

Como debilidades destacamos que el tamaño muestral alcanzado fue menor del calculado, que algunas preguntas son de difícil comprensión para los usuarios y que la muestra fue de personas que acuden a consulta de enfermería, lo que a priori puede dejar fuera a personas con estados de salud más extremos, tanto positiva como negativamente:

Como principales fortalezas destacar su sencillez y rapidez, unos 10 minutos, su capacidad de detectar problemas no detectados previamente y que no es necesario un gran entrenamiento para su evaluación.

### 3º ACCÉSIT

## “MOVIENDO LAS NEURONAS” Efectividad de una intervención grupal compleja en personas de 50 a 69 años con/sin quejas subjetivas de memoria en atención primaria”

María Isabel Carril Caamaño<sup>1</sup>, Goretti Fernández Morón<sup>1</sup>, Silvia Portela Perez<sup>1</sup>, Nadia Rodríguez Sánchez<sup>2</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 33

1 MIR, CENTRO DE SAÚDE VAL MIÑOR, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, NIGRÁN.

2 EIR, CENTRO DE SAÚDE VAL MIÑOR, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, NIGRÁN.

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios de detección de deterioro cognitivo realizados hasta la fecha, utilizan muestras de pacientes mayores de 70 años, excluyendo un porcentaje considerable que con probabilidad desarrollarán pérdidas de memoria y se podrían haber beneficiado de un diagnóstico temprano.

Intervenciones en Atención Primaria (AP) han demostrado su efectividad para poder prevenir/retrasar la evolución a demencia. Esta circunstancia ha estimulado el diseño e implantación de una intervención preventiva en este tipo de pacientes jóvenes en el Centro de Salud (CS) Val Miñor (Nigrán), para cuantificar su efectividad a corto y medio plazo.

### MÉTODOS

Se trata de un estudio de intervención con evaluación ante-post, entre Noviembre de 2018 y Marzo de 2019.

Partimos de una cohorte de 30 pacientes obtenida de un estudio previo (“Prevalencia de Deterioro Cognitivo en pacientes de entre 50 y 69 años con y sin quejas subjetivas de memoria en el área de Val Miñor”), de los cuales 11 pacientes aceptaron participar en la Intervención.

Se organizó un único grupo con los 11 participantes y se realizaron 8 sesiones de 2 horas en las que se trabajaron la psicomotricidad y la estimulación cognitiva mediante distintos ejercicios y actividades, que tuvieron lugar en el CS y sus alrededores.

Se analiza el tamaño del efecto calculado por diferencia de medias para medidas repetidas y utilizando técnicas bootstrap.

### RESULTADOS

Tras finalizar la intervención, se realiza un análisis estadístico por intención de tratar, descriptivo por sexo, de las diferentes variables (MOCA y PANAS antes, después y a los 3 meses), MOCAantes-MOCApost (IC (95%) -6,616 - -2,184), MOCAantes-MOCA3M (IC (95%) -6,810 - -3,590). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la comparación entre MOCA antes-MOCA después y MOCA antes-MOCA 3M. Los resultados para el PANAS no resultaron significativos.

### CONCLUSIONES

A pesar del tamaño muestral reducido, hemos obtenido resultados muy positivos en el ámbito cognitivo. En cuanto al cuestionario PANAS se ha observado gran variabilidad, y no parece ser útil para futuras intervenciones.

Podemos concluir que el MOCA es un cuestionario válido para realizar una detección precoz del deterioro cognitivo leve y que merece la pena implantar este tipo de intervenciones grupales en pacientes menores de 70 años desde la AP, ya que se han observado mejorías a nivel cognitivo en todos los participantes, asumiendo así que se puede retrasar o prevenir una evolución a demencia en estos pacientes jóvenes.

# Estudio descriptivo sobre el consumo de medicamentos incluidos en el Proyecto DRUID en los conductores del área de Vigo

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 34

Carlos Chapela Villa<sup>1</sup>, Ruth Otero González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR, CENTRO DE SAÚDE MATAMÁ, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

## INTRODUCCIÓN

Cerca del 30% de los conductores está en tratamiento con algún fármaco. En la gran mayoría de los casos, el paciente desconoce los posibles efectos adversos de los medicamentos en su capacidad de conducción.

Al existir una estrecha correlación entre el estado de salud, la toma de medicamentos y la forma de conducir, es importante la información y el consejo médico al paciente sobre la medicación y sus pautas posológicas.

## OBJETIVO

Análisis del consumo de medicamentos incluidos en el proyecto DRUID (*Driving Under Influence of Drugs*) de categorías moderada y grave del grupo N (Sistema Nervioso) en una población de conductores del área de Vigo.

Evaluación del consejo médico en el momento de la prescripción sobre la influencia de los DRUID en la conducción, su cumplimiento y registro en la historia clínica de factores de riesgo profesionales.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en una población del área de Vigo, mediante entrevista a los pacientes.

Se han registrado las variables edad, sexo, grupos terapéuticos (4 dígitos) de la ATC con categorías DRUID II y III del grupo N,

tiempo de uso del fármaco, advertencia sobre la posible influencia del fármaco en la conducción por parte del médico, cumplimiento de la recomendación por parte del paciente, síntomas durante la conducción y condición de conductor profesional autodeclarada.

Los análisis estadísticos se realizaron con IBM SPSS 23.0 Statistics for Windows.

## RESULTADOS

Entre los fármacos consumidos, destaca el uso, en el último año, de analgésicos opioides en 31,35% (IC95%: 22,15-42,07) y ansiolíticos 56,25% (IC95%: 45,34-54,66). La media de edad y desviación estándar fue superior en los hombres (63,46±14,05) que en las mujeres (47,30 ± 114,43) de forma significativa

Aproximadamente un 54% (IC 95%: 42,90-64,25) de los pacientes que recibieron consejo médico sobre la influencia en la conducción de dichos fármacos, afirma haber tenido en cuenta dicha advertencia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el presente trabajo queremos subrayar el importante papel que tenemos los médicos de cabecera en cuanto a la introducción en la historia clínica de los hábitos de conducción del paciente, debiendo tener en cuenta a la hora de prescribir aquellos fármacos que afecten a la capacidad de conducir e informar al paciente para prevenir posibles accidentes de tráfico.

# Efectividad de la intervención educativa en Soporte Vital Básico en alumnos de 6º de primaria en colegios públicos del ayuntamiento de Redondela, Pontevedra.

Uxía Iglesias Castrillejo<sup>1</sup>, Lucía Pereira Fernandez<sup>2</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 35

1 MIR, CENTRO DE SAÚDE PINTOR COLMEIRO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

2 MIR, CENTRO DE SAÚDE REDONDELA, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, REDONDELA.

## INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en el mundo. La parada cardiorrespiratoria es responsable de >60% de las muertes por enfermedad coronaria en adultos. Un porcentaje muy importante de estas suceden fuera del hospital.

Diversos estudios demostraron que el tiempo transcurrido entre la parada cardíaca y el inicio de la reanimación cardiopulmonar es uno de los factores pronósticos más importantes.

## OBJETIVO

Valorar la efectividad de una intervención educativa en términos teóricos y prácticos en Soporte Vital Básico en alumnos de 6º de primaria.

## MÉTODOS

Estudio de intervención educativa con evaluación ante - post realizado en alumnos de 6º de primaria de centros escolares públicos del Ayuntamiento de Redondela, entre Julio de 2018 y Mayo de 2019.

A los 105 participantes se les realizó un test teórico y una check-list práctica preintervención, impartiendo tras ello un taller teórico-práctico sobre soporte vital básico y repitiendo estos test tras el mismo. A los tres meses, acudimos de nuevo a los centros escolares

para realizar de nuevo el test teórico y la evaluación de la check-list práctica.

Se realizó análisis descriptivo de las diferentes variables (edad, test teórico, check-list de habilidades prácticas en las tres fases de la intervención, sexo y centros escolares en los que se realizó la intervención). Dado que la muestra no presenta una distribución normal, se realiza el análisis estadístico con pruebas no paramétricas.

## RESULTADOS

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados tanto del test teórico como de la check-list práctica. La mediana del porcentaje de puntos acertados sobre el total en el test teórico pasó de 50,00 (RIC:33,33-66,67), a 83,33 (RIC:66,67-83,33) al final y 83,33(RIC:66,67-83,33) a los tres meses de la intervención. En el caso de la evaluación práctica, se inició con 18,18(RIC:12,09-30,27), obtuvieron 86,36 (RIC: 73,46-100,00) al final y 77,27 (RIC: 59,09-90,91) a los tres meses.

## CONCLUSIONES

El resultado más destacable del estudio es la mejoría en habilidades teórico-prácticas tras la intervención. Estos resultados muestran que los niños de 11 o 12 años son capaces de aprender RCP básica y que el aprendizaje se mantiene en el tiempo. Sería interesante la realización de un estudio de impacto en salud para valorar la justificación de la inclusión de la intervención a nivel escolar.

# Taller grupal para dejar de fumar combinado con actividad física.

Sara Macias Posada<sup>1</sup>, Nadia Rodríguez Sánchez<sup>2</sup>

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 36

1 EIR, CENTRO DE SAÚDE PINTOR COLMEIRO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

2 EIR, CENTRO DE SAÚDE VAL MIÑOR, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, NIGRÁN.

El consumo de tabaco y la exposición pasiva a su humo constituyen el principal problema de la salud pública en la mayoría de los países desarrollados.

El ejercicio físico se considera una estrategia útil para dejar de fumar y se ha demostrado que reduce los antojos y los síntomas de abstinencia. Por otro lado, tiene un efecto protector contra algunas de las principales enfermedades que se observan en los grandes fumadores.

Una vez que conocemos el problema actual del tabaquismo, su alta prevalencia en todo el mundo y la eficacia de las estrategias que se pueden realizar desde la atención primaria, proponemos realizar una intervención grupal para dejar de fumar combinada con ejercicio físico.

## OBJETIVO PRINCIPAL

Cuantificar la efectividad de una intervención que combina talleres grupales con ejercicio físico para dejar de fumar.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención con evaluación pre-post, en el que se estudia a pacientes fumadores en la fase contemplativa, mayores de edad y entrenados para realizar actividad física ligera.

Como variables de estudio, hemos incluido: edad, sexo, IMC, número de cigarrillos, años de fumar, prueba de Richmond, prueba de Fagèrstrom, seguimiento, derivación a un médico de familia y apoyo farmacológico.

## RESULTADOS

Se reclutaron 35 participantes, con una proporción de mujeres igual al 65,71% y edad promedio de 57,23 años. Comenzaron la intervención 29 y la terminaron. 14. Entre los que renunciaron y no renunciaron, ninguna de las variables independientes presenta diferencias significativas.

Realizamos el análisis por intención de tratar y por protocolo de la variable de resultado para dejar de fumar y la calidad de vida.

En el análisis por intención de tratar, 14 participantes dejaron de fumar, que es 48.28% (IC 95%: 31.39-65.57). Por protocolo, 13 participantes dejaron de fumar, que es 92.86% (IC95: 68.53-98.73).

En el análisis por intención de tratar, el NNT es de 29 pacientes para obtener 1 para dejar de fumar.

Cuando se evalúa la calidad de vida, al comparar la intervención por intención de tratar con la prueba de Wilcoxon para medidas repetidas, la diferencia significativa ( $p = 0.01$ ). Y en el análisis por protocolo, la diferencia también fue significativa.

Solo el número de sesiones mostró diferencias significativas entre los que dejaron de fumar. Ni la derivación ni el uso de tratamiento farmacológico no presentaron diferencias significativas.

## CONCLUSIÓN

Se corrobora que la intervención es útil, aunque solo la mitad de los pacientes reclutados han asistido a las sesiones. Por lo tanto es esencial asegurar la asistencia en las primeras sesiones para asegurar la participación, porque el protocolo ha demostrado ser altamente efectivo.

# Prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Páx. 37

Rogelio Chenlo Barros<sup>1</sup>, Benito José Gómez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MIR, CENTRO DE SAÚDE PORRIÑO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, PORRIÑO.

## INTRODUCCIÓN

La escasez de estudios sobre la prevalencia de enfermedades dermatológicas en Atención Primaria (AP) y la baja concordancia diagnóstica entre médicos dermatólogos y médicos de AP (MAP) plantean la necesidad de orientar la formación de estos en las patologías dermatológicas más prevalentes en su consulta.

## OBJETIVOS:

Estudiar la prevalencia de las enfermedades dermatológicas en la consulta de AP y describir sus características.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional transversal de 305 pacientes pertenecientes a un cupo de Atención Primaria de adultos del Centro de Salud Porriño. Seleccionamos a los pacientes coincidiendo con los citados a la hora en punto entre las 9 y las 13 horas y en su defecto seleccionamos al siguiente paciente. Las enfermedades fueron codificadas según la clasificación CIAP-2 excluidas las lesiones agudas, al no ser habituales en las consultas programadas, y algunas otras de muy alta frecuencia (nevus simples, lesiones actínicas no queratóticas, alopecia androgénica,...).

Se registró también edad, sexo, nivel de estudios y económico, medios diagnósticos utilizados, existencia de diagnóstico previo de enfermedad dermatológica, necesidad de tratamiento y seguimiento y su relación con enfermedades sistémicas. Realizamos estudio estadístico descriptivo y bivalente con pruebas de Chi-Cuadrado y exacta de Fisher.

## RESULTADOS

El 69,83% (IC95%: 64,46-69,83) de los pacientes presentan entre 1 y 5 tipos de lesiones cutáneas agrupadas en 33 diagnósticos diferentes. Las 15 patologías más frecuentes suponen el 77,35% (IC95%: 75,80-84,48) de los diagnósticos. Como patologías más relevantes encontramos dos carcinomas basocelulares y uno espinocelular (0,98%, IC95%: 0,34-2,85).

Las características más frecuentes fueron: haber realizado estudios primarios (60,32%, IC95%: 54,74-65,66), ser pensionista (52,13%, IC95%: 46,53-57,68), diagnóstico mediante examen físico (90,81%, IC95%: 87,05-93,57), no existencia de diagnóstico previo (79,67%, IC95%: 16,19-25,20), no necesidad de tratamiento (68,19%, IC95%: 61,76-72,24) ni de seguimiento (71,80%, IC95%: 66,51-76,56) y no asociación con manifestaciones sistémicas (97,38%, IC95%: 94,91-98,67). No hemos encontrado diferencias significativas entre hombre y mujer.

La selección de pacientes no se ajustó al plan original, fue aleatoria pero sin respetar rigurosamente la hora marcada debido a la sobrecarga en la agenda de trabajo.

## CONCLUSIONES:

Las enfermedades dermatológicas tienen una elevada prevalencia en AP. Es necesario orientar la formación de los MAP en las patologías más prevalentes y en las más relevantes.

# Evaluación del taller de alimentación saludable impartido a escolares por una enfermera comunitaria.

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 38

Antía Dosil Bermúdez<sup>1</sup>

1 EIR, CENTRO DE SAÚDE PINTOR COLMEIRO, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

## INTRODUCCIÓN

España presenta una tasa de obesidad infantil de superior a la observada en países de la OCDE. Su aumento se puede relacionar con la modificación en los estilos de vida, por lo que las intervenciones destinadas a revertir esta tendencia resultan idóneas.

## OBJETIVO:

Cuantificar al mes y al año de una intervención educativa el cambio en conocimientos sobre alimentación saludable en jóvenes de entre 13 a 17 años en el ámbito escolar.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: estudio analítico observacional con evaluación ante-post al mes y al año de una intervención educativa.

Emplazamiento: el estudio tuvo lugar en el tercer curso del Instituto IES Castelao.

Participantes: al mes, se realizó con una muestra de 76 alumnos. Al año, la muestra fue de 44 estudiantes. La captación de los participantes fue intencionada, a través de una profesora del Instituto.

Intervenciones: la intervención consistió en un taller teórico-práctico, de cincuenta minutos de duración, impartido por un profesional del ámbito sanitario, y con distribución de material informativo.

Mediciones principales: Sexo, aula, puntuación total en el cuestionario de conocimientos básicos en alimentación saludable.

Análisis estadístico: descriptivo, con cálculo de los intervalos de confianza de las variables de resultado, y pruebas no paramétricas en el análisis bivariante.

## RESULTADOS:

En los resultados obtenidos al mes, participaron el 100% de los alumnos, 46% hombres (n=35) y 54% mujeres (n=41). Al año, participaron el 58%, 45% hombres (n=20) y 55% mujeres (n=24). Las variables cuantitativas no siguieron una distribución normal. Se obtuvo la siguiente mediana de las puntuaciones totales antes de la intervención: 5,50 (RIC:4,00-7,00). Al mes de la intervención se incrementó hasta 8,00(RIC:7:00-9,99) y al año siguió siendo más alta 7,00 (RIC: 6,00-8,00). Las diferencias fueron significativas al mes y al año mediante la prueba de Wilcoxon (p=0,000). Múltiples preguntas tuvieron diferencias significativas por la prueba de McNemar con el sentido de incrementarse el porcentaje de aciertos.

## CONCLUSIONES:

Con intervenciones educativas breves en el ámbito escolar por parte de profesionales sanitarios se pueden incrementar los conocimientos de los jóvenes en alimentación saludable.

# La enfermedad pulmonar obstructiva crónica como factor de riesgo cardiovascular.

Ana Cerezo Álvarez<sup>1</sup>, María Gabriela Fernández-Cervera Fernández Herrerín<sup>2</sup>, Marta Adriana Vilas Boas Soutelo<sup>1</sup>, Paloma Albo Muñoz

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (1)  
Pág. 39

1 MIR, CENTRO DE SAÚDE SÁRDOMA, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.  
2 MIR, CENTRO DE SAÚDE MATAMÁ, UDM ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA, VIGO.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) supone la tercera causa de muerte a nivel mundial. Diversos estudios han demostrado un aumento significativo de riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con EPOC.

No está claro qué mecanismos fisiopatológicos relacionados con el riesgo cardiovascular podrían estar relacionados también con la EPOC y de haberlo, qué medios diagnósticos se debieran utilizar para identificarlos.

## OBJETIVO:

El objetivo de este estudio ha sido valorar qué marcadores subclínicos (CAVI, edad vascular, ecografía carotídea, ITB) de riesgo cardiovascular en pacientes con historia de hábito tabáquico (actual o pasada) se relacionan con la EPOC.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio de casos (EPOC) y controles (no EPOC) en los centros de salud de Sárdoma y Matamá.

Se llevó a cabo captación oportunista de 81 pacientes con historia de tabaquismo actual o pasada.

A todos ellos se les realizaron: ecografía carotídea, medidas de ITB, CAVI y edad vascular (con el equipo VASERA 1500), además de entrevista y revisión de historia clínica (FRCV, paquetes/año, tratamientos activos, edad e IMC).

## RESULTADOS:

Se observó un aumento significativo del CAVI en pacientes con EPOC en CAVI Derecho 8,7 (RIC95%: 8,25-9,05) y CAVI Izquierdo 8,9

(RIC95%: 8,10-9,20) frente a pacientes no EPOC, con CAVI Derecho 7,9 (RIC95%: 6,6 – 8,8), y CAVI Izquierdo 8,1 (RIC95%: 6,8 – 9,10).

No se observaron diferencias significativas en ITB ni presencia de placa carotídea.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Muestra insuficiente N=81 (N calculada 380).

Distribución asimétrica de FRCV (mayor porcentaje de DM y número de paquetes/año en EPOC).

Dificultad para captación de pacientes EPOC (edad avanzada, época de reagudizaciones)

## CONCLUSIONES:

Puede que el aumento del CAVI en pacientes EPOC en relación con los no EPOC, sin existir diferencias en la muestra analizada en valores de ITB o placa carotídea, implique la existencia de mecanismos de aumento de rigidez vascular relacionados directamente con la propia enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Serían necesarios más estudios y ampliación de la muestra para valorar la existencia de esta relación.

Se corrobora que la EPOC es una enfermedad compleja, que es esencial la valoración cardiovascular de estos pacientes por su impacto en la mortalidad y complicaciones.

## PALABRAS CLAVE:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), riesgo cardiovascular (RCV), atención primaria, comorbilidades.

# Unha nova experiencia: rotación externa en Delsbo, Suecia

A new experience: externship in Delsbo, Sweden

*Una nueva experiencia: rotación externa en Delsbo, Suecia*

Gloria González Cristobo<sup>1</sup>, Noelia Chaves Serantes<sup>2</sup>, Antonio Ángel Regueiro Martínez<sup>3</sup>, Juan Carlos Eirea Eiras<sup>4</sup>

1 MIR-4 MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA. PONTEVEDRA.

2 MIR-4 MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE BUEU. PONTEVEDRA.

3 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE VILANOVA DE AROUSA. PONTEVEDRA.

4 MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE BUEU. PONTEVEDRA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Gloria González Cristobo. e-mail: [gloria.gonzalez.cristobo@sergas.es](mailto:gloria.gonzalez.cristobo@sergas.es)

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 40 - 41

No pasado ano 2018 dúas residentes da Unidade Docente de Pontevedra realizamos unha rotación externa no Centro de Saúde de Delsbo-Friggesund, en Suecia. Despois de tres anos de formación dentro do Sergas e vendo de preto os problemas que día a día acompañan as nosas horas na consulta, decidimos empregar unha pequena parte do noso período formativo para coñecer de preto o funcionamento doutro sistema sanitario que dista, tanto xeográfica como conceptualmente, uns cantos kilómetros do noso.

De volta, coa maleta cargada de ideas coas que mellorar o noso sistema, e agora que a Atención Primaria está en boca de todos pola precariedade na que estamos mergullados día a día, pareceunos máis importante, se cabe, compartir a nosa experiencia.

## O SISTEMA SANITARIO EN SUECIA

Para explicar o funcionamento do Sistema Sanitario sueco temos que ter dúas premisas básicas en mente, que fan que teñamos que poñer en perspectiva todo aquilo do que nos podemos empapar na nosa experiencia. A primeira delas é que Suecia é un país diferente, con características xeodemográficas, socioculturais e económicas distintas. En segundo lugar, hai que ter en conta que a sanidade é de pago: o paciente paga 20€ por cada consulta ou interconsulta a especialidades hospitalarias, existindo un tope anual de 120€. A penalización por non acudir a unha cita e non cancelala é máis alta que o prezo da propia consulta.

A pesares destas diferenzas, son moitos os aspectos positivos aplicables ao noso modelo sanitario.

## O CENTRO DE SAÚDE

O plantel de traballo componse de persoal médico (fixo, residente e de alquiler), de enfermaría, fisioterapeutas, persoal administrativo, de laboratorio, de traballo social e de psiquiatría. Todos eles con vinculación ao Centro de Saúde e non a servizos hospitalarios ou municipais e, polo tanto, a disposición en todo momento dos pacientes de Atención Primaria.

Con respecto ás instalacións, nun Centro de Saúde dunha área

rural como é Delsbo, ademais das consultas habituais, dispoñiamos dunha sala de oftalmoloxía, de otorrinolaringoloxía, de exploración xinecolóxica e proctolóxica e unha sala de urxencias que nada tiñan que envexarlle ás consultas hospitalarias de cada especialidade ás que aquí estamos afeitos.

## A XORNADA LABORAL

A xornada laboral en Suecia nada ten que ver coa nosa. O Centro de Saúde está aberto de 8 da mañán a 5 da tarde con tres descansos que en total suman hora e media dentro desa xornada. Teñen a posibilidade de flexibilizar o horario laboral e adaptalo ás necesidades persoais, existindo un control de entrada e de saída do centro. Os minutos que cada día poidan prolongar a xornada vanse contabilizando e, se se acada un número de horas equivalente a unha xornada de traballo adquirese o dereito a solicitar a libranza do día que se desexe.

## O DÍA A DÍA NA CONSULTA.

Xa dentro da consulta, chama a atención enormemente ver a axenda diaria, cun tempo de consulta de 30 minutos para cada paciente, vendo un máximo de 10 pacientes diarios, salvo as xornadas nas que o traballo consiste en atender as urxencias que vaian xurdindo, urxencias que, nada máis lonxe do que nós coñecemos, acuden con cita despois de serlles asignada a súa data e hora de consulta mediante unha triaxe telefónica realizada por enfermaría.

## USO RAZOADO DE FÁRMACOS

Tamén presenta grande interese o feito de que practicamente con 4 antibióticos traten tódalas infeccións habituais e de que os pacientes non acudan a unha consulta só coa fin de conseguir a ansiada prescrición do antibiótico desexado. Os doentes son coñecedores do valor da PCR, proba que se pode pedir no propio centro de saúde e cuxo resultado só tarda uns minutos. Se se lles comunica que o valor da devandita proba é baixo saben perfectamente que facer, ou máis ben... que non pedir. Para o uso

racional de antibióticos existe un grupo de estratexia que supervisa semestralmente as receitas de antibióticos feitas en cada Centro de Saúde.

Tamén na prescripción de analxesia hai diferenzas. Hai menor variedade de analxésicos e as doses dos mesmos son moito menores das que estamos afeitos a utilizar en España. Isto fai que o salto a derivados opioides se faga de forma máis precoz.

O uso tanto dos antibióticos coma do resto das medicacións están enmarcados en protocolos de actuación claros dos que todo profesional dispón.

### **A RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

Quizais unha das cousas máis chamativas en Suecia son as relacións interpersoais e interprofesionais. O contacto co paciente é menor, posto que a comunicación de resultados se fai por carta, algo que resta o número de consultas presenciais e que vai máis acorde co carácter sueco que co galego.

### **A RELACIÓN COAS ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS**

Os facultativos de especialidades hospitalarias actúan como consultores e non como o centro dun furacán no que tantas veces os pacientes se perden. Mesmo é habitual que durante a consulta no Centro de Saúde se contacte telefónicamente co facultativo que se precise para resolver dúbidas e aforrar derivacións innecesarias. A Atención Primaria está onde debería estar, no lugar máis importante da saúde de calquera doente.

### **O PERÍODO FORMATIVO**

No que respecta aos médicos residentes, o sistema sanitario sueco contempla un período formativo de 5 anos no que a elección da especialidade e a decisión de cambio de especialidade unha vez iniciada a previa, son libres. Tódolos cursos dos residentes son dentro da súa xornada laboral, as gardas son voluntarias e teñen a posibilidade de solicitar xornadas de estudo para poder afianzar os coñecementos adquiridos no día a día. A posibilidade de acudir a congresos non depende dos recursos económicos de cadaquén, o pago dos mesmos asúmeos o propio sistema sanitario, para facilitar a formación. Como ben comentamos antes, a maleta veu chea de ideas, pero tamén chea de resignación polo que nos agardaba á volta.

### **A ESCASEZA DE MÉDICOS EN SUECIA**

A pesares das boas condicións laborais, en Suecia si hai realmente unha importante falta de médicos. Chama a atención o número de médicos e médicas de outros países que están a traballar alá, moitos deles españois, que marcharon en busca de mellores condicións laborais. Da necesidade de contratación de máis persoal xurde a figura do médico de alquiler, figura equiparable en canto a estabilidade contractual aos que aquí están (e estaremos) con contratos diarios, semanais ou, no mellor dos casos, mensuais. Se nestos termos é comparable, no que dista en grande medida é nas retribucións e condicións que se lles ofrecen a estos traballadores. Sendo perfectamente conscientes das necesidades de conseguir máis persoal sanitario, os traballadores eventuais suecos teñen uns soldos moito máis elevados mesmo ca os do personal fixo, para tratar de fidelizalos tanto grazas a isto como á flexibilidade e non imposición á hora de escoller os contratos que asinarán.

### **E AQUÍ, FALTAN MÉDICOS?**

Moito se está a falar nos últimos tempos de que non hai suficientes médicos en Galicia. Pois ben, a nosa titora da rotación externa non era sueca, senón unha médica formada en Galicia que tivo que saír a traballar fóra pola precariedade do que aquí se ofrecía. É máis, no noso tempo libre en Suecia falábase galego, xa que a nosa titora non era a única emigrada nesa afastada zona rural á que chegamos.

Se faltan, é porque os botan...

### **AGRADECEMENTOS**

Á nosa titora de rotación, Diana Antón Sanmartín, por axudarnos a ver a medicina desde outra perspectiva.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. T. Sánchez-Sagrado. La atención primaria en Suecia. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2016; 42(6):408-411.
2. S. Duarte-Vallejo. Ser médico de familia en... Suecia. AMF. 2019; 15(1):47-50.

# Eclipsamiento diagnóstico y salud mental. La importancia de una mirada no discriminadora.

Diagnostic overshadowing and mental health. The importance of a non-discriminating or totalizing view.

Sonia Pedrosa Armenteros<sup>1</sup>, Anna Salas Martínez<sup>2</sup>, Daniel Vicente Rivera<sup>3</sup>, Elena Morón Martínez<sup>4</sup>

1 PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL ACTUR SUR. CALLE GERTRUDIS GÓMEZ DE AVELLANEDA 3, ZARAGOZA.

2 PSIQUIATRA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN. PASSEIG DE LA VALL D'HEBRON 119-129, BARCELONA.

3 PSIQUIATRA. UNIDAD DE SALUD MENTAL "CINCO VILLAS". PASEO INDEPENDENCIA 25, EJE DE LOS CABALLEROS (ZARAGOZA)

4 RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. AVDA. SAN JUAN BOSCO 15, ZARAGOZA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Sonia Pedrosa Armenteros. e-mail: [spedrosarmenteros@gmail.com](mailto:spedrosarmenteros@gmail.com)

Cad. Aten. Primaria  
Año 2019  
Volume 25 (2)  
Páx. 42 - 43

Estimado editor,

los datos estadísticos señalan que las personas con diagnóstico de trastorno mental presentan una tasa de morbi-mortalidad más elevada que el resto de la población general<sup>1</sup>. Se han dado muchas explicaciones a tal situación, focalizándose su mayoría en la persona con enfermedad mental: estilo de vida, abuso de tóxicos, síntomas de la propia enfermedad (negativos y positivos), impacto socio-económico asociado, y en aspectos relacionados (efectos secundarios del tratamiento...). Sin embargo, dicha visión no tiene en cuenta que las personas con enfermedad mental sufren, en muchas ocasiones, una prestación sanitaria desigual con respecto a la población general. Ésta se debe a la diferencia existente en relación al acceso y tratamiento de la patología física concomitante.

Por ello, cabe buscar las causas para dicha desigualdad, encontrando así que en la misma juega un papel importante el estigma. Según E. Goffman, el estigma hace referencia a un "atributo profundamente desacreditador" y, en el caso de las personas con enfermedad mental, se traduce en situaciones discriminatorias en diferentes ámbitos de su vida<sup>2</sup>. La presencia del mismo en el ámbito sanitario, presente en todas las categorías profesionales<sup>1</sup>, da lugar a una imagen totalizadora de la enfermedad que tienen. Ello implica que se termine vinculando cualquier dolencia expresada por la persona con enfermedad mental al propio trastorno<sup>2</sup>. Ante tal situación, y con la finalidad de materializar dicho proceso, se ha creado el concepto de "diagnostic overshadowing" o eclipsamiento diagnóstico. Éste se refiere a una forma de disparidad sistemática, generada por los propios profesionales de la salud, en la que una persona con diagnóstico de enfermedad mental recibe un tratamiento discriminatorio y/o tardío debido a una atribución errónea de sus síntomas físicos a su enfermedad mental. Esto, además de entorpecer un diagnóstico acertado, dificultará el acceso al cuidado necesario<sup>3,4</sup>.

Tal situación se ve evidenciada tanto por las quejas de los propios afectados como en las disparidades de diagnóstico y tratamiento (hospitalización en plantas "médicas", procesos de revascularización coronaria, screening para determinados tipos de cáncer...)<sup>4</sup>.

Encontramos, así, que la combinación de elevadas tasas de enfermedad física preexistente (patología CV, obesidad, DM...) junto con la posibilidad de que no se lleve a cabo un diagnóstico y tratamiento efectivo, favorecerá de forma significativa el riesgo de mortalidad prematura<sup>5</sup>.

Teniendo todo ello en cuenta, considerando la función clave que tiene a este nivel la atención primaria, será esencial tomar conciencia de este sesgo (al que todos estamos expuestos) con la finalidad de evitar obviar y/o infravalorar la patología física asociada<sup>6</sup>. Dado que, si existe un sector de la sociedad que debe ser capaz de reconocer y comprender el malestar presentado por las personas con enfermedad mental, ese debe ser el sector de los profesionales de la salud. Por ello, reducir el estigma en éste debe ser una prioridad<sup>1</sup>.

Dicho cambio no es imposible. Adquirir una mirada diferente, que conduzca a todas las personas a asumir un compromiso social contra los prejuicios y la discriminación, permitirá crear y mantener una sociedad más justa e inclusiva<sup>2</sup>. Y, en dicho proceso, será esencial que los profesionales de la salud promovamos el reconocimiento del paciente como persona, no como individuo perteneciente a un grupo, para lograr una asistencia sanitaria efectiva y digna<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez Jiménez B, Pérez García C, Barrios Sánchez MJ, Buzón Romero M, Ramírez Morgado MA, Rosa Orozco M. Influencia del estigma en la atención a pacientes con trastorno mental que padecen dolencias físicas. *Rev Presencia*. 2014;10(20). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n20/p0192r.php>. Consultado el 25 de febrero de 2019.
2. Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLoS One*. 2014; 9(11):e111682

3. Happell B, Ewart SB, Bocking J, Platania-Phung C, Stanton R. "That red flag on your file": misinterpreting physical symptoms as mental illness. *J Clin Nurs*. 2016; 25(19-20): 2933-2943
4. Cazzaniga Pesente J, Suso Araico A. Estudio "Salud Mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. 1º ed. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; 2015.
5. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2): 113-122
6. Gil Santiago H, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de salud mental*, 2016; XIV (55): 103-111

# AGAMFEC

## estrea nova web

**AGAMFEC**  
ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

**O PRIMEIRO: NON FACER DANO**  
XIX XORNADAS GALEGAS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA  
14-15 NOVEMBRO - HOTEL TALASO LOUXO LA TOJA - ILLA DE A TOXA - PONTEVEDRA

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓNES CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS App de Agamfec - hai 1 día

AGAMFEC-SEMFYC

**PACAP**

XVI PREMIO SEMFYC  
Agamfec - 2 Agosto 2014

**Convocatoria XVI premios semFYC PACAP**

App de Agamfec

Únete a noso grupo en Facebook

4º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar e Comunitaria

Convocatoria premios semFYC

Expansión África

Asóciate a AGAMFEC

Actividades

Foros

Revista CADERNOS

15 ARTICLES PARA LER

QUE É AGAMFEC? ACTIVIDADES FORMATIVAS ÁREA DE SOCIOS PUBLICACIÓNES CONTACTE CON AGAMFEC

NOVAS Convocatoria XVI premios semFYC PACAP - 2 Agosto 2014

**Tódolos eventos/actividades**

Atopar actividades/eventos

Preto...

26 Setembro, 2014

Curso de soporte vital avanzado cardio-traumatolóxico  
Hospital Monteceלו (Pontevedra), Pontevedra Pontevedra

14 Novembro, 2014

O Grove Pontevedra

**Grupos de traballo**

Os grupos de traballo de Agamfec, son xunto coas vocacións, a alma da nosa sociedade. Son os seus membros os que fan a investigación, o ensino, e toman o pulso ás novas demandas dos cidadáns e da nosa profesión, a buscan estratexias para actualizar coñecementos e habilidades para manterse ó día e continuar a servir a poboación. Formar parte dun grupo de traballo permíteche poñer en común experiencias con outros profesionais que teñen, dentro da medicina de familia, intereses comúns. Estes intereses levaron á creación de novos estilos de vida. Se vostede está interesado en participar nun grupo de traballo so ten que enviar un correo electrónico o coordinador do mesmo. Se o que queres é crear un novo grupo, póñase en contacto co coordinador de grupos (grupos@agamfec.com), non esqueza ler as normas dos grupos de traballo.

Descargar as normas de funcionamento dos Grupos de Traballo

Responsable dos grupos de traballo:  
Rosana Izquierdo Fernández, Médico de familia, Centro de saúde de Conxo, Vigo

Volume 19

- Grupo de traballo de Enfermidades respiratorias e aboraxas ao tabaquismo
- Actividade física e saúde
- Alcoholismo
- Alimentación e nutrición
- Atención á muller
- Ciruxía menor, dermatoloxía e vendaxes funcionais

CADERNOS

Volume 19 nº 1

Volume 19 nº 2

Volume 19 nº 3

Volume 19 nº 4

máis actualidade · máis información · máis participación