

Enfermedad inflamatoria intestinal y sus complicaciones en atención primaria

Introducción. La importancia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en atención primaria (AP) viene determinada porque su sintomatología es motivo habitual de consulta¹ y por el aumento de su incidencia^{2,3}, siendo necesaria una relación directa con la atención especializada (AE). Presentamos dos casos clínicos en relación con los puntos anteriormente expuestos.

Caso 1. Mujer de 64 años diagnosticada de colitis ulcerosa (CU), que en el seguimiento por AE presentaba leves elevaciones de enzimas colostásicas, sin datos analíticos ni ecográficos de interés. Consultó por molestias abdominales inespecíficas sin ictericia, prurito, fiebre, ni sintomatología de brote inflamatorio. Abdomen normal. Hemograma, coagulación, bilirrubina, proteínas totales, albúmina, marcadores vírales e inmunológicos normales. Fosfatasa alcalina: 2.324 U/l, GGT: 2.975 U/l, GOT: 67 U/l, GPT: 76 U/l. En la ecografía no se apreciaban dilatación de la vía biliar ni litiasis. Al descartar la patología colostásica más frecuente, y en el contexto de CU, se sospechó la posibilidad de colangitis esclerosante primaria, por lo que se remitió a la paciente a AE, donde se realizó CPRE que confirmó la sospecha diagnóstica.

TABLA 1. Complicaciones hepatobiliares de la enfermedad inflamatoria intestinal

Frecuentes
Esteatosis hepática
Colelitiasis
Infrecuentes
Colangitis esclerosante primaria
Pericolangitis
Colangiocarcinoma
Cirrosis
Raras
Amiloidosis hepática
Hepatitis granulomatosa
Absceso hepático

Tomada de Kirsner JB y Shorter RG. Inflammatory bowel disease. 4.^a ed., 1995.

Caso 2. Mujer de 29 años, apendicectomizada en 1995 (engrosamiento de íleon terminal y adenopatías reactivas en histología), que consultó por episodios recurrentes de dolor en hemiabdomen derecho con náuseas, vómitos, diarrea sin productos patológicos, febrícula y ausencia de síntomas miccionales. Abdomen doloroso sin signos de irritación peritoneal ni otros datos. Analítica: leve leucocitosis, VSG: 44, proteínas totales: 6,4 g/dl, albúmina: 3 g/día. La radiografía de abdomen objetivó asas de delgado sin niveles. Sin alteraciones ecográficas. Por los antecedentes se valoró Enfermedad de Crohn (EC) comprobándose en el tránsito intestinal estenosis ileal y fístulas.

Discusión y conclusiones. La EII presenta un gran reto para la AP al ser ésta el primer contacto con el paciente. Sus síntomas representan un gran porcentaje de consultas en AP², por lo que quienes trabajan en ella están obligados a su conocimiento con el fin de evitar retrasos diagnósticos y poder actuar sobre complicaciones previsibles. El aumento de la incidencia de EII^{2,3} es un segundo factor de necesario conocimiento para obtener estudios epidemiológicos que tendrán consecuencias prácticas en AP³.

En el primer caso nos planteamos el diagnóstico diferencial de las complicaciones hepatobiliares en la CU (tabla 1). En el segundo, la evolución y los hallazgos exploratorios descartaban que se tratara de una situación de urgencia, por lo que se procedió a estudio ambulatorio con un alto índice de sospecha diagnóstica que fue confirmado. La relación entre AP y AE es motivo de continua discusión y genera la publicación de múltiples trabajos al respecto⁴⁻⁶. Hemos intentado demostrar que el médico de familia tiene capacidad para resolver situaciones clínicas no habituales por su formación integradora de patologías y su motivación científica y personal. La disponibilidad de medios diagnósticos es requisito imprescindible, aunque su limitación en AP no justifica que, al menos, no se realice un diagnóstico diferencial para posterior derivación, que no debe tener carácter restrictivo ni dar lugar a situaciones que generen falta de consideración profesional de los especialistas hacia la AP.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal. Atención primaria.

A. Sánchez Hernández^a, P. Contreras Sánchez^b y J. Herráez García

^aCentro de Salud Benito Lorenzo. ^bHospital Campo Arañuelo. Navalmodal de la Mata.

- Ahlquist DA, Camilleri M. Diarrea and constipation. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hanser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrisons' principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001; p. 241-9.
- Herráez J, Ramiro JM, Vázquez MV. Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en el área de salud de Navalmodal de la Mata, Extremadura, España. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:285-9.
- Peña AS. El continuo aumento de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17:283-4.
- Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997;20:25-32.
- Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Primaria* 1996;17:239-40.
- Aranaz JM, Buil J. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996;106: 182-4.

Efectividad del cannabis en el tratamiento del dolor somatomorfo

Introducción. Corren tiempos polémicos para el *cannabis*, que en pocos años ha pasado de ser considerado una simple droga de abuso, cuyo uso debía perseguirse judicialmente, para plantearse la posibilidad de su legalización, con usos terapéuticos, incluso en países relativamente conservadores como España¹. Durante siglos el *cannabis* se ha empleado en diferentes culturas por sus propiedades psicotrópicas. Sin embargo, en los últimos años se ha postulado que el *cannabis* podría tener efectos terapéuticos en procesos tan variados como dolor de origen orgánico, náuseas y vómitos en pacientes con neoplasias, espasticidad secundaria a esclerosis múltiple o a lesiones de médula espinal, trastornos del movimiento como la enfermedad de Parkinson, síntomas negativos de la esquizo-

frenia, estimulante del apetito en anorexia y caquexia, epilepsia o glaucoma². Por otra parte, el descubrimiento de receptores CB1 específicos para el *cannabis*, tanto a nivel central como periférico, ha permitido hipotetizar sobre las bases neurofisiológicas de su actividad farmacológica³.

El principal uso farmacológico del *cannabis* en relación con el dolor ha sido como tratamiento de los dolores secundarios a neoplasias, neuropáticos y postoperatorios⁴. Sin embargo, no existen datos en la bibliografía científica sobre su uso en el dolor psicógeno de los trastornos somatomorfos. El caso que describimos a continuación es el primero, según nuestro conocimiento (revisión en Embase y Medline desde 1966 hasta 30 noviembre de 2001 con las palabras clave *somatiform disorders, treatment y cannabis*), que confirma su posible efectividad en esta enfermedad.

Caso clínico. Varón de 40 años, casado, licenciado en derecho, ejecutivo de una multinacional. No existían antecedentes de enfermedad psiquiátrica familiar. Refiere historia infantil de carencias afectivas por disarmonía conyugal. A la edad de 29 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos personales previos, padeció un cuadro catarral de evolución tórpida. Desde entonces presenta cansancio y mialgias generalizadas, pérdidas de conciencia ocasionales y, como síntoma principal y recurrente, dolor torácico atípico. A partir de ese momento el paciente se evaluó en diversos servicios (medicina interna, neurología, cardiología, endocrinología y unidad del dolor) de varios hospitales. Algunas de las pruebas complementarias realizadas fueron: estudios hormonales, electrocardiograma (más de 20), Holter, ecocardiograma, radiografía de tórax y abdomen, electromiograma, electrosintagmograma, tomografía axial computarizada toracoabdominal y cerebral, reacción de Mantoux y serología para enfermedades de transmisión sexual, biopsia muscular y de nervio

periférico, test de tensilón y antígenos HLA. Todas las pruebas fueron normales o inespecíficas, y el diagnóstico final fue de dolor torácico de origen psicógeno, lo que correspondería en la clasificación psiquiátrica DSM-IV a trastorno somatomorfo indiferenciado. Se le concedió la invalidez absoluta a los 33 años. Desde hace un año está siendo visto en la Unidad de Trastornos Somatomorfos del Hospital Universitario Miguel Servet. El objetivo principal ha sido convertirnos en su médico de referencia, mediante visitas periódicas y frecuentes de larga duración, para evitar la iatrogenia producida por la frecuentación de diversos servicios y hospitales, minimizando las pruebas complementarias y tratamientos. También se ha conseguido, mediante psicoterapia cognitiva, modificar su conducta de enfermedad asumiendo la cronicidad del proceso y adaptándose a las limitaciones impuestas por sus síntomas. Se le ha incluido en un grupo de familias de pacientes que presentan trastornos somatomorfos para facilitar el apoyo del entorno. Desde el punto de vista farmacológico, al amplio abanico de fármacos empleados en la unidad del dolor, se han añadido todos los antidepresivos (serotoninérgicos, tricíclicos, inhibidores de la MAO, inhibidores de la recaptación de noradrenalina), neurolepticos (pimocida, levomepromacina, olanzapina y risperidona) o antiepilépticos (gabapentina, topiramato y lamotrigina) que podrían utilizarse en estos procesos. Ninguno ha conseguido reducir los síntomas. Sin embargo, el paciente nos ha confesado (dice que es la primera vez que tiene suficiente confianza en un médico como para decírselo) que el consumo regular de *cannabis* desde hace 6 meses ha conseguido reducir el dolor torácico a límites aceptables que le han permitido mejorar bastante su calidad de vida. Cuando nos informó de este tema tenía miedo de nuestra reacción. El paciente no había presentado antecedentes de consumo de tóxicos a lo largo de su vida.

Discusión y conclusiones. Evidentemente, un caso aislado es una evidencia científica claramente insuficiente para recomendar la utilización de un agente terapéutico. Actualmente la mayoría de los autores consideran que los efectos no deseados del *cannabis* superan con mucho su posible efecto terapéutico⁵. Sin embargo, en casos excepcionales como los de este paciente, en que han fracasado tanto la psicoterapia como los escasos fármacos que, como los antidepresivos⁶ o la gabapentina⁷, han demostrado eficacia en el dolor somatomorfo, cabe preguntarse si el uso compasivo y médicamente controlado del *cannabis* no sería éticamente aceptable.

J. García-Campayo^a, C. Sanz-Carrillo^b, L. Jiménez Ausejo^a
y M. El-Khatib^a

^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ^bHospital San Jorge. Huesca.

1. Bosch X. Catalan parliament pushes for legalisation of cannabis as therapy. *BMJ* 2001;325:511.
2. British Medical Association. Therapeutic use of cannabis. London: BMA, 1997.
3. Matsuda LA, Lolait SJ, Brownstein MJ, Young AC, Bonner TI. Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature* 1990;346:561-4.
4. Campbell FA, Tramèr MR, Carroll D, Reynolds DJM, Moore RA, McQuay HJ. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *BMJ* 2001;323:13-6.
5. Institute of Medicine. Marijuana and medicine. Washington DC: National Academy Press, 1999.
6. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 1998;60:503-9.
7. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C. Gabapentin for the treatment of patients with somatization disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;6:474.

Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Sr. Director: Hemos leído con enorme interés el artículo de Moraleda et al, publicado recientemente en su revista, «Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media»¹.

Ante todo queremos felicitar a los autores por el arduo trabajo de campo que suponen estos estudios y por la excelente metodología y presentación del tema.

Únicamente es nuestro deber matizar un concepto fundamental respecto al diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que en las conclusiones no queda suficientemente aclarado.

El EAT (Eating Attitudes Test) es un instrumento de cribado de los TCA. La mayoría de los investigadores coinciden en establecer el punto de corte en 30 puntos, a partir del cual existe un riesgo elevado de tener o llegar a tener un TCA. Sin embargo, este test nunca puede medir la prevalencia de TCA, ya que para poder diagnosticar estos cuadros es preciso realizar una entrevista clínica personal en la que se confirme si se cumplen los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV o en el CIE-10². Por todo lo anteriormente expuesto creemos que no debería afirmarse en la conclusión: «Existe una alta prevalencia de TCA en este colectivo...», sino que sería más correcto decir: «Existe un alto porcentaje de adolescentes que presentan un riesgo elevado de padecer TCA...»; que como intentaremos aclarar posteriormente no es lo mismo, aunque ambos datos tengan gran relevancia.

Últimamente se aprecia en España un gran alarmismo social con respecto al aumento en la prevalencia de los TCA que ha provocado frecuentes polémicas. De ahí la importancia de realizar en nuestro país estudios epidemiológicos fiables que hasta hace muy poco no existían^{2,3}.

Recientemente han sido realizados varios trabajos de investigación epidemiológica en mujeres adolescentes españolas que suponen un gran avance por su gran rigor y por sus muestras amplias y representativas³⁻⁶. En la tabla 1 se comparan los resultados de los mismos. Para distinguir los diferentes trabajos, los hemos designado con

TABLA 1. Comparación de los diferentes estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

	N	Edad (años)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA total (%)
Madrid ⁴	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza ⁵	2.193	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra ⁶	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Media			0,38	0,85	3,22	4,45

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; N: tamaño de la muestra; AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCANE: trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

el nombre de la provincia donde han sido realizados.

Como se puede apreciar en la tabla, los resultados no discrepan demasiado, especialmente en la prevalencia total de los TCA. Si calculamos la media de estos estudios, encontramos una elevada prevalencia de TCA en las mujeres adolescentes españolas (aproximadamente un 4,45%).

Otro dato interesante resulta de comparar los resultados del test de cribado (EAT) en los trabajos de Moraleda et al¹ y Pérez-Gaspar et al⁶, al encontrar un porcentaje muy similar de adolescentes con una puntuación ≥ 30 (11,5 y 11,1%, respectivamente). En el segundo, a estas adolescentes «de riesgo» se les realizó una entrevista para confirmar el diagnóstico de TCA, encontrando una prevalencia del 4,15% (del 11,1% con probable TCA, se confirmó TCA en un 4,15%). Esto demuestra lo importante que es realizar un correcto diagnóstico de los TCA y no confundir el «riesgo de padecer un TCA» con «padecer un TCA».

Para finalizar queremos expresar que estamos completamente de acuerdo con la reflexión de Moraleda et al respecto a la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y búsqueda activa de casos de TCA en atención primaria, debido a su elevada prevalencia y al alto porcentaje de adolescentes que presentan conductas de riesgo^{1,2}.

Palabras clave: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Epidemiología. Eating Attitudes Test (EAT). Trastornos del comportamiento alimentario.

R. Julián Viñals^a, M.A. Peláez Fernández^b, R. Ramírez Arrizabalaga^c y M.L. de la Puente Muñoz^c

^aCentro de Salud Dr. R. Castroviejo. ^bUniversidad Complutense. ^cCentro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

- Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona J, Gómez R, Aguilera M, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Aten Primaria* 2001; 28:463-7.
- Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:543-4.
- Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997;2:246-60.
- Ruiz PM, Cornet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:278-9.
- Pérez M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Med Clin(Barc)* 2000;114: 481-6.

La calidad de las historias clínicas de atención primaria: tirándonos piedras a nuestro propio tejado

Sr. Director: Sobrequés y Piñol, en su artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados»¹, afirman que sólo el 18,3% de las historias clínicas de atención primaria (HCAP) que revisan contienen un conjunto de datos de interés sanitario que ellos y un conjunto de profesionales sanitarios del entorno en que trabajan consideraron *a priori* como impres-

cindible. Este conjunto de datos se basa, según los autores, en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la semFYC y el Plan de Salud de Catalunya, y contiene el registro de la presión arterial, colesterol, consumo de alcohol y tabaco, e índice de masa corporal. Este conjunto de datos se refiere, pues, a actividades preventivas que, sin duda, tienen un papel importantísimo en la atención primaria de salud, pero que no suelen ser el motivo principal de visita por el que acude la población a los centros. Por otra parte, este tipo de actividades son de realización casi universal y suele ser la base de la evaluación de los contratos programa, ya que hasta ahora no ha habido registros de morbilidad o factores de riesgo informatizados que permitiesen seleccionar fácilmente a poblaciones en las que fuese adecuado realizar un cierto tipo de actividades y medir el proceso o los resultados obtenidos con ellas. Ya que era muy difícil seleccionar conjuntos de personas con patologías diversas que permitiesen valorar el grado de resolución de la atención primaria así como las actividades preventivas, se optó por incluir sólo los aspectos de prevención universales. Sin embargo, en diversas ocasiones los profesionales asistenciales han afirmado que este conjunto de indicadores no recoge la realidad de la práctica clínica.

Como los mismos autores afirman en la introducción, el objetivo principal de la HCAP es facilitar y mejorar la asistencia. Así pues, es con relación a ese objetivo principal como debe evaluarse la calidad de este registro. Propuestas anteriores para definir una HCAP de buena calidad (como la que se aplicó en el Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre, del Institut Català de la Salut, desde 1992 y se modificó posteriormente en 1994, que incluía que la HCAP recogiera simultáneamente antecedentes familiares, personales, una exploración física básica [con auscultación cardiorrespiratoria y palpación abdominal], utilización de la estructura SOAP [ME-AP] y de la lista de problemas) se ajustan mejor al objetivo citado. Cuando se examinan las HCAP a la luz de estos criterios, los resultados son mucho mejores que los presentados por los autores del presente es-

tudio y más acordes con la realidad de consultas en que profesionales con un nivel cada vez más alto de formación atienden a una población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología.

M.C. Cabezas Peña

Institut Català de la Salut.
Fundació Jordi Gol i Gurina per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut.

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.

Réplica de los autores

Sr. Director: Con relación a la carta de Cabezas Peña sobre el artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados»¹, quisiéramos agradecer los comentarios de la compañera y aprovechar para destacar algunos puntos del artículo que quizá requieran algunas aclaraciones. Sabemos que la realidad particular de los equipos de atención primaria (EAP) en España es bastante dispar (en los ámbitos de organización, financiación, sociodemográfico, disponibilidad de recursos, etc.), y que inclusive en las mismas comunidades autónomas y a niveles de agregación incluso menores existen diferencias remarcables que influyen en la provisión y la calidad de los servicios sanitarios. Por esta razón, y en relación con los métodos de evaluación de las historias clínicas en atención primaria (HCAP), entendemos que resulta útil la existencia de distintas metodologías en función de las necesidades de los EAP, puesto que así cada uno puede valorar e interpretar sus propios resultados (en su contexto particular), tomar decisiones oportunas y, mediante la comparación de sus propios resultados en posteriores auditorías, valorar la efectividad de las medidas adoptadas anteriormente.

Si bien en nuestro estudio concluimos que con la metodología empleada los resultados no son tan buenos como cabría esperar, apuntamos posibles explicaciones de este fenómeno y estamos de acuerdo con Cabezas Peña en que un buen registro simultáneo de un paquete básico (formado

por los antecedentes familiares, personales, exploración física básica, utilización de la estructura SOAP y la lista de problemas) es un objetivo deseable a alcanzar en las HCAP. Sin embargo, la recogida de factores de riesgo entendemos que constituye un objetivo más específico en la evaluación del registro y, tal vez por esta razón, en la evaluación de los contratos programa se recogen, entre otros, los factores de riesgo con el propósito de potenciar la recogida y sistematización de los mismos en las HCAP.

De los 5 factores de riesgo utilizados en nuestro estudio, el registro del consumo de tabaco y alcohol, la presión arterial, el peso y la talla probablemente formarían parte de la lista de problemas, lista de antecedentes personales y exploración física básica propuesta en el Servicio de Atención Primaria de Baix Llobregat Centre, y solamente el registro del colesterol quedaría fuera. Medido de esta manera, en nuestro estudio habiéramos obtenido un 23,6% de registro básico de datos de interés sanitario, frente al 18,2% de registro mínimo de datos sanitarios publicado. Esto sería sin haber tenido en cuenta el registro de los antecedentes familiares y la utilización de la estructura SOAP en la hoja de consultas. No se pueden extraer conclusiones porque solamente es una aproximación.

Se mida como se mida, las que nos parecen que podrían ser las razones más importantes que no permiten obtener una HCAP de mayor calidad son de carácter organizativo² (la presión asistencial y el escaso tiempo de consulta) y demográfico (población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología).

**J. Sobrequés Soriano^a
y J.L. Piñol Moreso^b**

^aEAP Sant Miquel. Granollers (Barcelona).

^bInstitut Català de la Salut. DAP Reus-Altebrat (Tarragona).

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.
2. Saura J. Diez minutos por consulta. Estableciendo límites a la carga de trabajo del médico de familia. *JANO* 2001;61:23.