

## Cuerpo extraño en peligro de extinción

Presentamos el caso de una mujer de 86 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro centro de atención primaria por presentar melenas, de 3-4 h de evolución, asociadas a dolor abdominal localizado en hipogastrio, que mejoraba con las deposiciones.

Como antecedentes patológicos destacaban: apendicectomía, hipertensión arterial, osteoartrosis, arteriopatía ocluyente que requirió amputación de ambas extremidades inferiores por isquemia grave, insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, dolicosigma, dolicocon y diverticulosis colónica.

A su llegada a urgencias, la exploración evidenció una palidez cutaneomucosa con constantes hemodinámicamente estables. El abdomen era blando y depresible, difusamente doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. El tacto rectal confirmó la presencia de deposiciones melénicas.

Ante esta sintomatología y el estado de la paciente, se remitió a su hospital de referencia, donde se llevaron a cabo el resto de las exploraciones complementarias.

Los lavados gástricos efectuados fueron claros, sin restos hemáticos, y la analítica realizada ponía de manifiesto una anemia normocítica (hematocrito: 31,9%; hemoglobina: 9,7 g/dl; VCM: 95,22 fl), leucocitosis (19.300) e insuficiencia renal (urea: 1,21 g/l; creatinina: 2,68). El resto de los parámetros analíticos estudiados estaba dentro de los límites de la normalidad.

En la radiografía de abdomen realizada se observó la presencia de un cuerpo extraño, de densidad metálica, en la ampolla rectal, que resultó ser un cúmulo de monedas, la mayoría de ellas de 25 ptas. (fig. 1).

Se procedió a la extracción de un número indeterminado de monedas (entre 20 y 30) por vía intrarrectal, con lo que desaparecieron las molestias abdominales de la paciente y la imagen previa de densidad metálica de la radiografía.

La paciente fue ingresada para el estudio y tratamiento de la anemia. La fibrogastrosco-  
pia objetivó un cráter ulceroso de 0,5 cm de diámetro en la curvatura menor sin evidencias de malignidad en la biopsia, y en la fibrocolonoscopia realizada se hallaron prolapso e inflamación de la mucosa rectal



Figura 1. Cuerpo extraño en recto.

secundarios a la presencia del cuerpo extraño.

La paciente fue dada de alta a los 10 días del ingreso tras transfusión de dos concentrados de hematíes, aconsejándose asistencia psicogeriátrica para prevenir acciones como la que motivaron el ingreso.

Exponemos este caso no sólo por la peculiaridad y originalidad de las imágenes radiológicas, sino para confirmar que las causas de traumatismos rectales son múltiples, siendo las más frecuentes las de origen yatrogénico. Otra de sus causas etiológicas pueden ser las secundarias a cuerpos extraños<sup>1</sup>, que en la mayoría de los casos son insertados por vía rectal<sup>1,2</sup>, ya sea debido a alteraciones conductuales en pacientes de edad avanzada con demencia<sup>2</sup>, en el curso de agresiones sexuales o, más frecuentemente, de forma voluntaria como método de estímulo sexual en varones<sup>1,3</sup>.

M. Rodríguez Mas, X. Flor Escriche  
y L. Gallego Álvarez  
EAP Chafarinas.

1. Ponce Rodríguez I, Blanco Roca M, Sosa Benítez E. Cuerpo extraño en recto. FMC 2000;7:422.
2. Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. Aust NZJ Surg 1998;68: 852-5.

3. Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. JR Coll Surg Edinb 1996;41:312-5.

## Tratamiento de la neuralgia posherpética con colorpuntura

La neuralgia posherpética (NPH) suele definirse como la persistencia de dolor de cierta intensidad pasado un mes desde la reepitelización de las lesiones cutáneas. Su incidencia, tras sufrir un herpes zoster, es de un 10-20% en la población general, pero aumenta con la edad; se calcula que es del 50% en mayores de 50 años y del 75% en mayores de 70 años. En muchos casos puede persistir un dolor intenso durante años. A continuación se presentan dos casos clínicos tratados con colorpuntura.

**Caso 1.** Varón de 66 años, que refiere NPH torácica izquierda desde hace más de 5 años. El dolor aparece casi todos los días ante pequeños estímulos, se extiende por la región intercostal y se irradia por la axila hasta la zona occipital izquierda; no cede con analgésicos y en el momento actual no toma otros fármacos. La intensidad se valora con 8 de 10 en la escala de Likert. Se acompaña de ansiedad, irritabilidad, tristeza y dificultad con el sueño. Se practica tratamiento radiando cada punto durante un minuto en el siguiente orden: 6TR (azul); 4IG (azul); punto de analgesia, localizado 4 traveses de dedo por debajo de la rótula y 4 traveses por fuera de la tibia (naranja); 20VG (violeta), y puntos clave locales, situados al inicio y final del dermatoma afectado (rosa). Se practican dos sesiones la primera semana y una sesión semanal hasta completar 12 semanas. Tras la primera sesión el dolor presentó clara mejoría, al igual que los síntomas asociados, y desapareció al mes de tratamiento. A los 6 meses de la finalización de la terapia persiste la ausencia de dolor.

**Caso 2.** Mujer de 65 años, que presenta NPH de 18 meses de evolución en la región occipital izquierda. El dolor es continuo con variaciones; mejora levemente con analgésicos y su intensidad se valora en 8 de 10 en la escala de Likert. Se acompaña de ansiedad, mal humor y alteración diaria

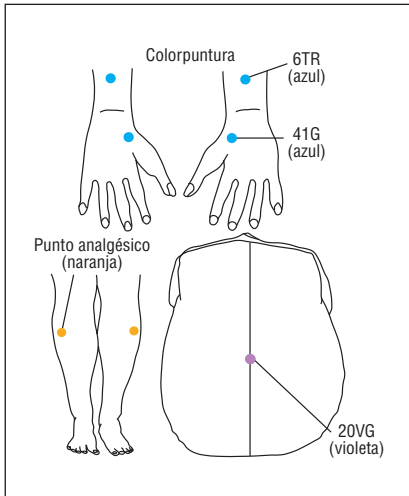


Figura 1. Terapia para el herpes zoster (puntos generales).

del sueño. Se practica el mismo tratamiento, variando los puntos clave locales, realizando dos sesiones semanales las primeras 4 semanas y una sesión semanal hasta completar 12 semanas. En la primera semana refirió mejoría de su dolor, que fue disminuyendo progresivamente hasta desaparecer en la séptima semana. A los 6 meses la paciente se mantiene en remisión.

**Discusión y conclusiones.** Existen diversas posibilidades terapéuticas en la NPH, entre las que destacan los antidepresivos tricíclicos (ADT), los analgésicos opiáceos, la carbamacepina, los antivirales, los antiaritmicos y los anestésicos locales. Los

ADT son de elección, bien en monoterapia bien asociados a opiáceos o carbamacepina<sup>1</sup>. No obstante, su eficacia alcanza solamente el 50%, presentando frecuentes efectos secundarios. Recientemente se ha ensayado la administración intratecal de metilprednisolona con lidocaína en pacientes con NPH, consiguiendo una mejoría de la intensidad del dolor superior al 50% en el 81% de los casos<sup>2</sup>.

También se ha ensayado la acupuntura en el tratamiento de la NPH con resultados diversos. Son pobres los resultados de Lewith et al<sup>3</sup>, que trataron a 30 pacientes con acupuntura y 32 con estimulación transcutánea simulada como placebo; al final del tratamiento 7 pacientes de cada grupo experimentaron una mejoría significativa de su dolor. Por el contrario, los resultados de Jianhui y Zhili<sup>4</sup> fueron muy buenos al tratar a 23 pacientes y obtener una remisión completa en 18 casos (78,3%) y mejoría en los otros 5.

La colorpuntura es una técnica desarrollada por Mandel<sup>5</sup>, de reciente introducción, que consigue efectos terapéuticos mediante la estimulación de puntos energéticos sobre la piel con determinados colores; existen pocos estudios sobre ella, pero sus resultados parecen interesantes<sup>6</sup>. Se utiliza una pequeña linterna en la que se acoplan diversos filtros coloreados. Los dos casos presentados indican que la colorpuntura

puede ser una terapia eficaz en la NPH, aunque sería necesario un mayor número de casos para confirmar esta observación. Por otra parte, se trata de una técnica sencilla, económica y de fácil manejo para los profesionales de la atención primaria.

J.M. Calvo Sanz

Médico de Familia. Centro de Salud Ayerbe. Huesca.

1. Volmink J, Lancaster T, Gris S, Silagy C. Treatments for postherpetic neuralgia. A systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract* 1996;13:91-4.
2. Kotani N, Kushikata T, Hashimoto H, Kimura F, Muraoka M, Yodomo M, et al. Intrathecal methylprednisolone for intractable postherpetic neuralgia. *N Engl J Med* 2000;343:1514-9.
3. Lewith GT, Field J, Machin D. Acupuncture compared with placebo in postherpetic pain. *Pain* 1983;17:361-8.
4. Jianhui W, Zhili G. Twenty-three cases of postherpetic neuralgia treated by acupuncture. *J Traditional Chinese Med* 2000;20:36-7.
5. Mandel P. Compendio práctico de Colorpuntura. Barcelona: Ed. Apóstrofe, 1998.
6. Croke M, Bourne RD. A review of recent research studies on the efficacy of esoteric colorpuncture therapy—a wholistic acu-light system. *Am J Acupuncture* 1999;27:85-94.

## La selección del paciente de alto riesgo, punto de mira de la reducción del riesgo cardiovascular

**Sr. Director:** Hemos leído con gran interés el original publicado en su Revista con el título «Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria» de Antón García et al<sup>1</sup>. Nos parece muy acertada la afirmación de que los programas multifactoriales son más útiles en la búsqueda activa de pacientes con alto riesgo para intervenir sobre ellos de forma prioritaria; sin embargo, no estaríamos de acuerdo cuando se asevera que la reducción del riesgo coronario en la población total estudiada ha sido escasa.

La utilización de la variación del riesgo cardiovascular como medida de efectividad de la prevención<sup>1-5</sup> presenta, a nuestro juicio, ciertas limitaciones. En primer lugar, dado que la población general es en su mayoría de bajo riesgo, los efectos sobre la población de alto riesgo quedan difuminados. En segundo lugar, al hacer el cálculo del riesgo cardiovascular a los 5 años, hay que tener en cuenta el factor edad, que ya por sí mismo varía el riesgo y puede distorsionar los resultados.

El efecto poblacional comentado también es aplicable a factores de riesgo individual como, por ejemplo, en el caso de la presión arterial. ¿Qué utilidad tiene valorar una reducción de la presión arterial en una persona ya normotensa? Parece más útil conocer la prevalencia y el grado de control de la hipertensión para cuantificar posteriormente su repercusión en el descenso del riesgo cardiovascular.

Por otra parte, aunque las actuaciones sobre los estilos de vida parecen poco efectivas cuando se evalúan períodos cortos de tiempo, su impacto a largo plazo es importante. No hay que olvidar que las actuaciones sobre el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y, en menor grado, sobre la obesidad son actividades con muy buen perfil de coste (efectividad porque, además de incidir en el riesgo cardiovascular, tienen un gran impacto sobre otras situaciones como los accidentes de tráfico, el cáncer, la bronquitis crónica y la artrosis).

**L. Cristel Ferrer, J. Navazo Nebreda y P.J. Subías Loren**  
CAP Canet de Mar.

1. Antón García F, Maiques Galán A, Franch Taix M, Aleixandre Martí E, Gómez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:642-7.
2. OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ* 1995;310: 1099-104.
3. Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of BRITISH FAMILY heart study. *BMJ* 1994;308:313-20.
4. Ebrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ* 1997; 314: 1666.
5. Subías Loren PJ, Bauzá Nicolay K, Casanovas Cuquet E, García-Mata JR, Iglecias Rodal M, Jiménez Villa J, et al. II estudio de la efectividad de las actividades preventivas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001.

## Réplica del autor

**Sr. Director:** Agradecemos el interés mostrado por nuestro artículo e intentaremos responder a las cuestiones planteadas.

En primer lugar, nos gustaría comentar que el objetivo del estudio fue «evaluar la modificación de los factores de riesgo y del riesgo coronario en adultos tras un período entre 1 y 5 años». Aprovechando el registro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de que disponían los centros de salud implicados en el estudio, seguimos a los pacientes durante el tiempo arriba mencionado. Opinamos que precisamente la novedad y el interés de nuestro trabajo estriban en incluir a pacientes no sólo de alto riesgo, sino también de bajo, es decir, sin factores de riesgo. Recordemos que el PAPPS también plantea actuar sobre estos pacientes y, por tanto, es útil conocer la evolución de los factores de riesgo en este grupo. A la vista de los resultados que obtenemos (una reducción de un 0,2-0,3% del riesgo coronario), creemos que no se puede decir que sea un descenso importante.

Otra cosa sería evaluar los efectos de la intervención sobre los pacientes de alto riesgo, que probablemente son los responsa-

bles de este descenso y que serán motivo de otra publicación próximamente. De hecho, en las conclusiones del estudio se plantea que «probablemente la utilidad del PAPPS estribaría en la detección de los pacientes de alto riesgo para intervenir sobre ellos posteriormente».

La forma más adecuada para evitar la distorsión de la edad en el cálculo del riesgo coronario ha sido mantenerla constante a lo largo de todo el seguimiento, considerando como valor inicial la edad en el momento de la introducción del programa. La ausencia de un grupo control obliga a esta modificación para averiguar el efecto sobre el riesgo coronario.

Estamos de acuerdo, y no se afirma lo contrario en nuestro trabajo, en que la actuación sobre el tabaquismo es una de las más efectivas de las descritas en el artículo al conseguir una reducción del hábito de hasta un 2,8% a los 4 años. El coste-efectividad de este consejo, junto con los beneficios para la salud más allá de la reducción del riesgo coronario, lo convierte en prioritario para la atención primaria.

**A. Maiques Galán<sup>a</sup> y F. Antón García<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Médico de familia. Centro de Salud de Manises. Valencia.

<sup>b</sup>Centro de Salud Virgen de la Fuensanta. Valencia.

## Apoyo psicológico en el enfermo oncológico

**Sr. Director:** Hemos leído con interés la carta de Martínez Albuixech<sup>1</sup> sobre las unidades de apoyo al enfermo oncológico y estamos de acuerdo en que deben existir. Sin embargo, consideramos que el apoyo psicológico a estos pacientes, al que hace referencia la autora de la carta, deben proporcionarlo todos los profesionales en contacto con el paciente oncológico, incluido el médico de atención primaria (AP), así como ofrecer apoyo especializado para los que así lo requieran. Además, discrepamos de la mayor parte del contenido de la carta: a) no se debe dejar de responder a las preguntas directas que plantea el enfermo sobre su enfermedad y pronóstico, pues

puede crear desconfianza hacia el profesional. El conocimiento sobre la enfermedad, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico mejora la adherencia al tratamiento y disminuye la ansiedad a lo desconocido<sup>2,3</sup>; *b*) estamos en desacuerdo con la afirmación de que «no se hace nada» con respecto al apoyo psicológico del paciente oncológico. Es una aseveración subjetiva y, aunque el apoyo psicológico que se ofrece es mejorable, se proporciona de forma habitual; *c*) discrepamos de la afirmación de que se aplican tratamientos quirúrgicos, de quimioterapia o radioterapia sin el consentimiento informado del paciente y/o familiar, ya que la información se da por escrito y se firma la aceptación del tratamiento; *d*) no creemos que se aliente al paciente con «palabras vacías». Se trata de una apreciación subjetiva más de Martínez Albuixech; *e*) respecto a la nula formación humanística de los médicos, le recordamos las asignaturas de psicología y psiquiatría que forman parte del currículum de pregrado, así como las técnicas de entrevista clínica y el manejo del paciente en situaciones difíciles, incluidos en los objetivos y proyecto curricular de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Por otro lado, existen otras posibilidades de aprendizaje como la autoformación y los grupos de trabajo específicos dentro de las sociedades científicas<sup>4</sup>, y *f*) la autora de la carta afirma que la derivación del paciente al ámbito hospitalario lo deja desprotegido del apoyo psicológico y que éste debería estar centrado en psicólogos, probablemente por desconocimiento de las características de la asistencia de estos pacientes en dicho nivel y de la existencia de grupos multidisciplinarios en su manejo. Nos parece también desproporcionada y subjetiva, una vez más, la afirmación: «... y que incluso comentarios inoportunos por parte de algunos –pocos– especialistas han ensombrecido su actitud ante la enfermedad».

Queremos hacer hincapié en la valoración integral que se debe realizar a cualquier paciente, pero sobre todo a los oncológicos por la sobrecarga emocional que comporta el diagnóstico. Consideramos que la AP cumple un papel muy importante a este nivel, asesorando al paciente en sus decisiones, apoyando el trabajo realizado por la atención especializada y, sobre todo, apor-

tando la visión biopsicosocial del enfermar que preconiza la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup>. El equipo de AP se encuentra en situación privilegiada para abordar estos problemas, puesto que conoce la situación social, familiar y psicológica del individuo, y no debe ser un mero observador de cómo transcurren los acontecimientos mientras el paciente está siendo valorado por su especialista; debe abordar el control de los síntomas, la intervención psicológica del paciente y su familia, valorar la nueva situación social ante el enfermar y establecer las relaciones profesionales con atención especializada cuando sea necesario.

Las afirmaciones sobre temas concretos realizadas por expertos en cartas al director deben estar refrendadas por referencias bibliográficas.

A. Melchor Penella<sup>a</sup>,  
V. Palop Larrea<sup>b</sup>, A. Belenguer  
Varea<sup>b</sup> y T. de Vicente Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>c</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

1. Martínez Albuixech P. Unidades de apoyo psicológico en el enfermo oncológico. *Aten Primaria* 2001;28:626.
2. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)* 1998;110:744-50.
3. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. *Compliance in health care*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press, 1979.
4. Borrell i Carrió F. *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma, 1993.
5. OMS. *Atención primaria de salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata*, 1978. Geneve, 1978.

## Réplica del autor

**Sr. Director:** La lectura de la carta de contestación a mis opiniones acerca de una demanda de mayor atención a los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos me ha suscitado sentimientos encontrados.

Así, lamento que, pese al interés con el que dicen haber leído mi carta, me hayan malinterpretado en casi todo. Resulta que exigen que también desde los equipos de atención primaria se atiendan las necesidades psicológicas de los pacientes oncológicos, punto este del que de forma clara se parte en mi carta inicial, demandando justamente que tal atención se lleve también a cabo en el resto de las fases del tratamiento. Asimismo, aunque efectivamente no he acompañado de referencias bibliográficas mis afirmaciones, no lo he hecho porque se trataba claramente de opiniones personales, como no traté de ocultar, y por eso mismo remití el texto a la sección de Cartas al Director y no a la de Cartas de Investigación. Si bien he de añadir que tal «subjetividad» deriva de años de conversaciones con compañeros y, sobre todo, de enfrentarme día a día con personas (no meramente usuarios) que, sentadas al otro lado de la mesa, se desahogan contándome sus experiencias, mientras yo busco las palabras que sin faltar a la verdad (cuánta formación humanística, pese a los contenidos curriculares que mencionan en su carta, falta si nos creemos que la verdad es algo absoluto) puedan ayudar a que su estado global de salud mejore o, por lo menos, a que no empeore más, ni más rápido de lo inevitable. Por otra parte, claro que no se debe dejar de contestar a las preguntas directas que formula el enfermo sobre su enfermedad y pronóstico (de nuevo dicen que digo lo que no he dicho), pero primero se deberá estar seguro del pronóstico (¿cómo decirle a alguien que le quedan dos meses de vida, cuando la experiencia demuestra que en algunos casos se convierten en años? Desde la estadística claro que se puede decir; desde la consideración de una persona con nombre y apellidos tal vez no esté tan claro); en segundo lugar, ¿qué hacer cuando la pregunta del paciente no es directa, sino todo lo contrario?, ¿qué hacer cuando el paciente te pide a gritos que le mientas? De nuevo surge la cuestión de la relatividad de la verdad.

Claro que el consentimiento informado se otorga por escrito y se firma, en ningún momento he negado tal cosa en mi carta, pese a que así lo afirman los autores de la réplica; pero de ahí a que el paciente sepa (entendimiento) realmente lo que ha fir-

mado (voluntad) hay un largo camino que en muchos casos se queda sin recorrer. No necesito referencias bibliográficas para afirmar esto, me basta con la experiencia diaria de las preguntas que en la consulta se me formulan.

El que los sentimientos que me ha producido la lectura de la carta de Melchor Pennella et al hayan sido encontrados se debe a que con la misma, aunque se pretendiera justo lo contrario, no se hace sino poner de manifiesto la necesidad de atender a las demandas que ya pedí en mi carta. Si desde el equipo de trabajo que parecen formar los doctores que me han contestado se está desarrollando una labor que cubre ya mis demandas, les agradecería que de forma constructiva publicaran un original dándonoslo a conocer al conjunto de la comunidad médica.

**M.P. Martínez Albuxech**

CAP de Fuentesrobles.

---