

Presencia de *Entamoeba histolytica* en la uretritis crónica

Objetivo. Determinar la presencia de *Entamoeba histolytica* en pacientes con uretritis crónica.

Diseño. Estudio transversal, descriptivo y prospectivo.

Emplazamiento. Nueve unidades de atención primaria, de la Zona Chalco, Delegación Estado de México Oriente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Participantes. Un total de 57 pacientes varones de 16-65 años remitidos para estudio bacteriológico por uretritis crónica en un periodo de 18 meses. Se realizó una búsqueda intencionada de parásitos.

Mediciones principales. Presencia de *E. histolytica* en la uretritis crónica masculina. Muestra obtenida de la uretra con un hisopo y observada en el microscopio óptico inmediatamente, en montajes húmedos directos (solución fisiológica y/o lugol).

Resultados. De 57 pacientes, 35 fueron positivos (61%) y 22 negativos (39%) a *E. histolytica*. Las formas parasitarias identificadas fueron: trofozoito, quiste y prequiste (tabla 1). Un hallazgo fue la identificación de otros parásitos, como *Giardia lamblia* en 2 sujetos y *Trichomonas vaginalis* en 1. El cultivo uretral reveló 21 casos (37%) de *Staphylococcus epidermidis*, 5 casos (9%) de *Escherichia coli*, 3 casos (5%) de *Staphylococcus aureus* y 6 casos (10%) sin desarrollo.

Discusión. La actividad sexual es una vía primaria de transmisión¹ para algunas enfermedades parasitarias con prevalencia significativa entre homosexuales y heterosexuales. La mayoría de las enfermedades parasitarias transmitidas sexualmente comprenden protozoarios patógenos². La amibiasis cutánea es rara y se incluye en el diagnóstico diferencial de las úlceras perineovulvares o del pene^{3,4}. Menos frecuente es sospechar de *E. histolytica* como agente causal de uretritis crónica⁵. Vincular la práctica sexual y la uretritis crónica es difícil por tratarse de una persona de nivel sociocultural bajo.

Conclusiones. La frecuencia real de *E. histolytica* en la uretritis crónica masculina en la población estudiada aún no puede ser esta-

TABLA 1 Formas identificadas de *Entamoeba histolytica*

Formas de <i>E. histolytica</i>	Casos	%
Trofozoito	13	37
Trofozoito y quiste	13	37
Trofozoito y prequiste	2	6
Trofozoito, quiste y prequiste	7	20
Total	35	100

blecida, aunque nuestros resultados orientan a que puede ser elevada. Se debe considerar la investigación intencionada de amiba en sujetos con uretritis crónica que hayan recibido tratamiento o no o que hayan tenido una respuesta escasa a éste. Recomendamos la utilización de métodos de barrera para los sujetos con prácticas de sexo anogenital. El diagnóstico precoz elevaría la calidad de vida de los pacientes y evitaría complicaciones futuras.

M.G. Licea Ventura^a, F. Sánchez Muñoz^b, J.E. Zurita Álvarez^b y C. Salazar Acosta^c

^aHospital General de Zona 71. Química Bacterióloga y Parasitóloga. Chalco. México.

^bHospital General de Zona 71. Cirujano General. Chalco. México. Jefe de Educación Médica. Chalco. México.

1. Pedraz PC, Villamandos, García B, Sanz B. Mesa redonda: enfermedades de transmisión sexual. VII Congreso Nacional de Laboratorio Clínico, Burgos. Análisis Clínicos 1998;XXIII:20-2.
2. Levine GI. Sexually transmitted parasitic diseases. University of Kentucky College of Medicine 1991;18:101-28.
3. Wash R, Stainey V. Cmaphel urology. 6th ed. Brasil. 1994;1:912-3.
4. Rimsza ME, Berg RA. Cutaneous amebiasis. Pediatrics. 1983;7:595-8.
5. Thomas JA, Antony AJ. Amoebiasis of the penis. Br J Urol. 1976;48:269-73.

El síndrome del «falso mobbing»: dificultades para su diagnóstico en atención primaria

Introducción. El término *mobbing* u «hostigamiento psicológico en el trabajo» describe si-

tuaciones en las que un empleado es amenazado y acosado por compañeros, subordinados o superiores de forma repetida (al menos semanalmente) y crónica (durante más de 6 meses)¹. Los estudios realizados en España calculan que ha tenido este problema el 12% de la población laboral². Su diagnóstico no compete al médico, quien sólo puede certificar el trastorno psiquiátrico secundario (generalmente trastornos depresivos o de ansiedad), sino a la autoridad judicial o a los técnicos de prevención de riesgos laborales. La resolución del Parlamento Europeo sobre Acoso Moral en el Lugar de Trabajo advierte de que una de las más terribles formas de acoso moral son las falsas acusaciones de *mobbing*. A continuación describimos un caso ilustrativo.

Caso clínico. La paciente es una licenciada en derecho que trabaja con categoría de diplomada. Inicialmente, intentó ganarse la amistad de su jefe realizando favores personales no incluidos en sus obligaciones. Sin embargo, cuando no realizaba adecuadamente sus funciones, era corregida por su superior de forma empática igual que el resto de los compañeros. Ella vivía esta relación como una persecución sistemática. Empezó a bajar el rendimiento laboral de forma que las recriminaciones de su jefe fuesen frecuentes y se las arreglaba para que siempre hubiese testigos (a veces usaba sistemas sofisticados, como teléfonos de manos libres). La paciente acabó pidiendo una baja a su médico, que por presión de la paciente, certificó *mobbing* como diagnóstico y, seguidamente, denunció su caso por vía penal. Este

TABLA 1 Características de los casos de falso mobbing

1. Personalidad del acosador: trastorno paranoide (suele haber antecedentes personales/familiares)
Interpretación sobrevalorada de las críticas normales
Insatisfacción constante en el trabajo por expectativas desmedidas
Relación con las personas basado en el patrón de seducción-desprecio
2. Entorno social
Desinterés de la empresa por considerarlo un problema interpersonal entre afectados
Total apoyo a cualquier posible víctima
3. Proceso utilizado por el falso <i>mobbing</i>
Acumular testigos del supuesto acoso por parte del acusador
Conseguir una baja con diagnóstico de <i>mobbing</i> , que constará ya en los documentos oficiales y se convertirá en uno de los principales elementos del juicio

Palabras clave: *Entamoeba histolytica*. Uretritis crónica. Transmisión sexual.

Palabras clave: Falso «mobbing». Atención primaria. Hostigamiento psicológico.

diagnóstico constó también en los expedientes de Instituto Nacional de la Seguridad Social y constituyó uno de los principales elementos esgrimidos en el juicio. El examen psiquiátrico de la paciente confirmó la presencia de un trastorno paranoide³. Había antecedentes paternos de trastorno delirante y de la propia paciente de haber interpuesto denuncias previas sin motivos justificados. En el juicio se absolvió al jefe por falta de pruebas. Sin embargo, el impacto de esta falsa acusación de *mobbing* había incluido el ingreso del jefe en psiquiatría por depresión grave e invalidez laboral.

Discusión. Las características típicas del falso *mobbing* se resumen en la tabla 1. El falso *mobbing* es un cuadro cada vez más frecuente y que por sus terribles implicaciones para la persona falsamente acusada debe ser siempre tenido en cuenta, como recomienda el Parlamento Europeo⁴.

J. García Campayo^a, B. Martínez Jarreta^b, M. Alda Díez^a y S. Gascón^b

^aHospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España. ^bEscuela de Medicina del Trabajo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

- Leymann H. *Mobbing. La persecution au travail*. Paris: Editions du Seuil; 1996.
- Piñuel I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
- Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 5.ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 488-9.
- García Campayo J, Esteban R, Lafuente M, Pallás S. *Mobbing o maltrato psicológico en el trabajo: la nueva epidemia*. En: *Avances de enfermería*. Valencia: Mompan MP DAE; 2004.

¿Le parece bien a nuestros pacientes que su médico de familia interino consolide su empleo en la OPE extraordinaria actualmente en marcha?

Introducción. La situación laboral de los médicos de atención primaria puede influir

Palabras clave: Interino. Consolidación de empleo. Médico de familia. Opinión.

positiva o negativamente en la satisfacción personal de éstos, e indirectamente en la relación médico-paciente. Cabe suponer que un médico de familia con inestabilidad laboral y poco motivado por parte del sistema sanitario tendrá más dificultad para prestar una atención sanitaria de calidad a sus pacientes. Pero ¿qué opinan nuestros pacientes?¹⁻⁴, ¿les parece bien que su médico tenga estabilidad en su empleo? o ¿prefieren que sea interino para que no se deje llevar por la rutina? Estas cuestiones son las que se intentan aclarar en esta investigación.

Objetivo. Conocer la opinión de nuestros pacientes acerca de que su médico de familia (MF) interino pase a ser propietario en el proceso extraordinario de consolidación de empleo iniciado en diciembre de 2001.

Diseño. Se trata de un estudio observacional mediante encuesta en el que no se aplica ninguna intervención.

Emplazamiento. Centro de salud semiurbano de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes. Se seleccionó aleatoriamente al salir de la consulta a 200 pacientes de 3 cupos cuyos MF ocupan plaza de interino y están inmersos en el proceso extraordinario de consolidación de empleo.

Mediciones principales. Se les realizó una encuesta autocumplimentada que constaba de 5 afirmaciones para las cuales había 5 opciones de respuesta (muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo, muy en desacuerdo). Las afirmaciones planteadas a los pacientes eran las siguientes:

- Mi MF estará más tranquilo y será más complaciente si tiene plaza en propiedad, y esto conllevará una mejora de la relación médico-paciente.
- Si mi MF tiene plaza en propiedad, tendrá más tiempo para formación continuada útil, ya que no preparará oposiciones.

3. Prefiero que mi MF sea interino, pues así estudiará más.

4. Si mi MF es propietario, como es más difícil que le echen de su puesto de trabajo, adquirirá mentalidad de funcionario y nos prestará una atención de peor calidad.

5. Un MF debe de trabajar a gusto y estar motivado, por lo que para ello es importante que tenga plaza en propiedad.

La encuesta fue previamente diseñada por un grupo de 4 médicos de familia siguiendo una técnica Delphi modificada, de la cual surgieron las 5 afirmaciones planteadas.

Resultados. El 72% de los pacientes cree que su MF estará más tranquilo, será más complaciente y mejorará la relación médico-paciente si consolida su plaza en la OPE extraordinaria. Un 42% de los pacientes cree que si un médico tiene plaza en propiedad mejorará en su formación continuada sobre aspectos útiles para su práctica clínica. El 78% de los pacientes opina que si su MF consolida su plaza adquirirá mentalidad de funcionario y prestará una atención de peor calidad. El 62% cree que si su médico tiene plaza en propiedad estará más motivado globalmente y trabajará más a gusto (tabla 1).

Discusión y conclusiones. La última década se ha caracterizado por la escasez de oposiciones para adquirir plaza fija como MF en el sistema nacional de salud. Esto ha llevado a la administración a poner en marcha una oferta pública de empleo (OPE) extraordinaria en diciembre del 2001. En este trabajo, nuestros pacientes nos aportan 2 mensajes principales; en primer lugar, creen que su médico va a trabajar más relajado, mejor y se formará en lo que él considere útil para su práctica clínica diaria si logra consolidar su plaza; en se-

TABLA 1 Opinión de los pacientes ante las afirmaciones planteadas

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Mejor relación médico-paciente	50%	22%	11%	7%	10%
2. Mejor formación	20%	22%	17%	23%	18%
3. Motivación-estudio	41%	22%	18%	10%	8%
4. Mentalidad funcionarial	66%	12%	6%	10%	6%
5. Motivación general	38%	24%	18%	10%	10%

gundo lugar nos advierten del peligro que puede ocasionar que su médico esté tranquilo laboralmente y nos dicen que un médico propietario estudiará menos y además puede adquirir mentalidad de funcionario, con el consiguiente deterioro de la atención que ello conllevaría. En conclusión, nuestros pacientes consideran que si su MF consolida su plaza mejorará la relación médico-paciente, pero adquirirá una mentalidad funcional que le hará prestar una atención de inferior calidad.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, J.L. Hernández Orozco^b y E. López Conesa^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Beniaján-San Andrés. Cátedra de riesgo cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia. España. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Beniaján. Murcia. España.

1. Leal Hernández M, Hernández Pedreño MC, Pérez Muñoz MC, Sánchez Gil D. ¿Qué opinan los pacientes de nuestros centros de salud? ¿Realizarían cambios? Situación a las puertas del siglo XXI. *Aten Primaria*. 2000;25:364.
2. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, García Sánchez FA, Martínez Selva JM. ¿Desean nuestras pacientes recibir tratamiento hormonal sustitutivo durante la menopausia? Mitos no superados. *Aten Primaria*. 1998;22:542.
3. Leal Hernández M, Sebastián Raz JM, Gómez Gotor MC, Pérez García S. ¿Para qué cree usted que sirve el TAIR? Opinión de nuestros pacientes. *Aten Primaria*. 1998;22:323-4.
4. Montaña A, Torrelló J, Castillo JR, Cayuela A, Moreno I, Fernández P. Conocimiento y actitud de los usuarios en relación al empleo de AINE. Estudio de intervención. *Aten Primaria*. 1997;20:114-20.

¿Efecto colateral de bloqueadores beta o confusión?

Introducción. Los bloqueadores beta son fármacos muy utilizados en el control de

Palabras clave: Bloqueadores beta. Confusión. Efecto colateral.

la hipertensión arterial y algunas arritmias, entre otras enfermedades. También hay que considerar que tienen efectos adversos muy conocidos, como pueden ser síncope por bloqueo, bradicardia, reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enmascaramiento de hipoglucemias, etc.¹⁻⁴. Esto puede favorecer que ante un paciente tratado con estos fármacos tengamos la tentación de atribuir los síntomas o signos que presente a efectos colaterales de los bloqueadores beta.

Caso clínico. Varón de 66 años no diabético, hipertenso de 10 años de evolución, hipercolesterolémico, con hipertrofia benigna de próstata, insomnio y síndrome depresivo. Estaba en tratamiento con piridoxina 600 mg/día, zolpiden 10 mg/noche, extracto de serenoa repens 160 mg/12 h, citalopram 20 mg/día, clortalidona 50 mg/24 h, atorvastatina 10 mg/día y atenolol 50 mg/día.

Motivo de consulta y enfermedad actual. El paciente consulta de modo urgente por una caída relativamente brusca, con sensación de desvanecimiento y sin pérdida de conocimiento. Refería un episodio de confusión y somnolencia posterior de 1 h de duración que fue cediendo progresivamente. En ningún momento llegó a perder el conocimiento, pero no recuerda el episodio ni nada relacionado con la caída. Dos días después presenta un episodio similar al anterior, por el que vuelve a consultar.

Exploración física. El paciente estaba consciente y orientado. Presentaba buen estado general. La presión arterial era de 125/80 mmHg. En la auscultación cardíaca se observó un pulso rítmico a 52 lat/min, sin soplos ni extratonos. La auscultación pulmonar reveló movimientos ventilatorios conservados y en la exploración de abdomen no se obtuvieron datos de interés. En la exploración neurológica se apreciaron unos pares craneales normales, así como una fuerza y sensibilidad normales. No había focalidad neurológica.

Exploraciones complementarias. Se realizaron analítica general, hemograma y bioquímica, donde destaca una creatinina de 1,70 mg/dl y una urea de 71 mg/dl. El electrocardiograma reveló un eje normal,

con un ritmo sinusal a 50 lat/min, sin alteraciones de repolarización. La tomografía computarizada craneal reveló una leve retracción cortical en relación con una atrofia inespecífica. En conclusión, en el estudio no se obtuvieron hallazgos significativos.

Juicio clínico. Presíncope en probable relación con una bradicardia secundaria a la toma de bloqueadores beta. Insuficiencia renal leve.

Tratamiento. Tras el primer episodio de desvanecimiento se reduce la dosis de atenolol a 25 mg/día y el paciente es dado de alta, recomendándose control por su médico de familia. Tras el segundo episodio de desvanecimiento (2 días después) se suprime el tratamiento con atenolol y se solicita una consulta preferente con su cardiólogo de zona. El resto del tratamiento sigue igual.

Al día siguiente, en la consulta de su médico de atención primaria. Su médico de atención primaria le pide que repase la medicación que toma para contrastarla con la que figura en la historia clínica y, sorprendentemente, desde los últimos 7 días este paciente se estaba confundiendo y tomaba el hipnótico cada 12 h (1-0-1) por error al apuntar en la caja cómo debía tomar la medicación. Se vuelve a pautar el atenolol a la dosis inicial de 50 mg/día y se indica el hipnótico solamente por la noche. La evolución posterior del paciente es satisfactoria y no presentó nuevos episodios presincoales ni de desvanecimiento. Por tanto, el diagnóstico inicial de presíncope por bloqueadores beta se descarta y el juicio clínico definitivo es confusión al tomar la medicación.

Discusión y conclusiones. Hay numerosos factores que pueden influir en que el paciente se «confunda» al tomar su medicación, como pueden ser trastornos psiquiátricos del paciente, demencias, estrés laboral, cambios en el color del envase del fármaco (algo frecuente al cambiar a fármacos genéricos o al cambiar de laboratorio dentro de la misma molécula genérica), fármacos que precisan ser tomados varias veces al día, pautas de tratamiento ascendentes o descendentes, mala comunicación médico-paciente, etc. Por tanto, antes de emitir cualquier diagnóstico, siempre debemos comprobar que el pa-

ciente toma correctamente la medicación que tiene pautada.

B. Sebastián Vicente^a, M. Leal Hernández^b, J.M. Sebastián Raz^c y J. Abellán Alemán^b

^aMédico del Trabajo. Mutua Universal. Murcia. España. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Benijájan-San Andrés. Universidad Católica San Antonio. Murcia. España. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Benijájan. Murcia. España.

1. Ahmed A, Dell'Italia LJ. Use of beta blocker in older adults with chronic heart failure. *Am J Med Sci.* 2004;328:100-11.
 2. Virk IS. Role of beta-blocker up for debate. *Post grad Med.* 2004;116:8-9.
 3. Dahlöf B, Andreu L, Svensson A, Hansson L. Antihypertensive mechanism of beta adrenoceptor antagonism. The role of beta2-blockade. *J Hypertens.* 1993;1 Supl 2:112-5.
 4. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins D. The effect of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med.* 1986;314:1657-64.
-